

حيرة طبيب نفسي

نهاية وبداية



دكتور

يحيى الرخاوى

أستاذ الطب النفسى المساعد بالقصر العيسى



حيرة طبيب نفسي

نهاية وبداية

دكتور
بجني الرخاوي
أستاذ الطب النفسي المساعد، قصر العيني

١٩٧٢

دار الفن للتنافذ والنشر
القاهرة ٤٧ شارع الفلكي

الاهراء

« إلى زوجتي .. رفيقة الطريق

وأولادى ..

على الطريق،

بمى

« كل مذهبين مختلفين إما أن يكون أحدهما
صادقا والآخر كاذبا ، وإما أن يكونا جميعا
كاذبين ، وإما أن يكونا جميعا يؤديان إلى معنى
واحد هو الحقيقة ، فإذا تحقق في البحث
وأُنعِمَ النظر ، ظهر الاتفاق وانتهى الخلاف »
ابن الميثم

مقدمة

أنا أعيش في حيرة منذ زمن طويل ، شأن أى إنسان يسمح لقلقه بالعمل دون خوف ، إذ لم تنجح كل القيم للورثة ، والعلم للطبوع ، والإجماع أحياناً ، أن يحولوا دون أن يظل التساؤل يلح على ، فأقبل الشيء وضده فترة من الزمان ، وبعد ذلك إما أن أرفضهما معاً ، أو أن يصفقا في كل جديد مثلما حدث .

وأنا كطبيب .. وطبيب نفسى أعرض حيرتى بأمانة ، وحذر مدركاً صعوبة الطريق : بأمانة لأن غير ذلك مستحيل ، وحذر حتى لا أفتح الباب أمام قويض ما هو قائم قبل أن أقدم البديل ، والبديل هو « الثورة » بكل ما تحمله هذه الكلمة من معان ، فبالرغم من أن لها سمعة طبية إلا أن لها كذلك وصفاً خاصاً .

وأول سؤال يتبادر إلى الذهن في هذا السبيل هو :

لماذا أ طرح قضية خاصة بالطب النفسى على القارئ غير المتخصص ، في حين أن القضية تبدو شديدة التخصص ، كما أنى لا بد سأعرض لمناقشة مفاهيم ومصطلحات قد تحوى تفاصيل كثيرة وعجيرة ؟

والإجابة صعبة تماماً ... وربما هى شخصية نوعاً ما . . . وقد طرحت مثل هذا السؤال وناقشته في مقدمة كتابى الأول عن « حياتنا والطب النفسى » ، حيث حاولت أن أعقد صداقة بينى وبين القارئ ، وحين زادت حيرتى أخيراً ، وجدت أن خير من يسمح لى ويشاركنى هو القارئ الذى سمعته لى صداقته منذ البداية ، ولقد وجدت أنى بذلك أحاول أن أكسر الحاجز الذى يحيط بالطبيب عامة

وبالطبيب النفسى على وجه الخصوص .. ووجدتني أقطع جر امن نفسى لأعرضه على القارىء بأمانة ، وأحل ككأتى ما تستطيع أن تحمل من حب وصدق وأمل ، راجياً أن يصل بعض ذلك إلى عقل القارىء ووجدانه ، فيصالحبنى على الطريق أو يسمح لى بمصاحبتة ، ووجدتني قد عقدت صداقة مع القارىء يحق لى من خلالها أن أعرض عليه ما يشتمل بداخلى هذه الأيام ، وقبل هذه الأيام ، حتى ولو كانت هناك تفاصيل تبدو بعيدة عنه لأول وهلة ... إلا أنى أراها أقرب إليه عما يتصور الشخصون .

وفى تصورى أن القارىء غير المتخصص قد يقبل « ثورة » فى الطب النفسى لحاجته إليها ، فهو صاحب للصحة الأول ، والأمريهه قبل أن يهم المتخصصين ، فان المقاومة العنيفة التى تلقاها أية دعوة جديدة تأتى بادية ذى بدء من أقرب الناس إليها ، لأنهم ارتبطوا بمفاهيم ثابتة نظمت طريقة تفكيرهم ، ووضعت أجوبة لتساؤلاتهم .. ارفضوها على ما بها من قصص ، واحتسوا وراءها من مسئولية التفكير والمراجعة .. وربما لهم حق - أولهم العذر - فإاضى التفكير الحر والمراجعة ، وما أسهل التطبيق والمتابعة .

فاذا نجحت - برضى هذا الجزء من نفسى - أن أؤكد أواصر الصداقة التى معيت إليها جاهداً من أول كتاب ظهر لى .. قد قاربت هدفى ، وإذا لم أوفق فقد عرضت مشكلة أحيائها منذ زمن طويل .. بكل عنفها وقسوتها .. ثم إذا بى - نجاة هذه الأيام - أرى حلها أقرب مما تصورت .. مما قد يفتح آفاقاً جديدة فى التفكير والبحث ، على أنى أعترف أنه بالرغم من شعورى بهذا الجديد واختلافه عما قبله ، ورغم إحساسى ببعض التناقض مع ما كتبت قبلها إلا أنى كلما راجعت ما كتبت خلال سنوات وجدت فيه شيئاً مثل هذا الجديد الذى أعيشه الآن ،

وعموماً لم يخل مقال لى من بعض ملاحظه ، وأتسجب ، وكأن قلى يرصد إرهابات فكرى قبل ولادتها وقبل أن أدرى بها وأعيشها بهذا الوضوح .

والسؤال التالى مباشرة هو :

هل سأعلن قيام الثورة وخطتها مرة واحدة .. فى هذا المقام .. ودخل هذا الحيز ؟

والإجابة بالنفى طبعا ، فهذا مستحيل لأكثر من سبب ؛ فالأمر يحتاج إلى تقييم شامل للقديم ومقارنات ومعارضات وعرض حالات وتبعها إلى آخر هذه القصة المطولة التى تستغرق عمراً بأكمله ، ولكنى هنا أحاول - بصراسة - أن استغل حسن نية القارئ وهته لأعرض تسلسل أفكارى التى اكتملت منذ وقت قصير ؛ والتى حسب حينذاك أنها ينبغى أن قال الآن ولو بفجاعتها غير المنقحة ؛ لتلك فأتى سأكتفى بمرض الشاكل العظيمة التى نعيشها نحن الأطباء النفسين ونماني منها الأمرين ؛ واعتد لصيغة الجمع ؛ ولكنى أؤكد ابتداء أن كل جهل أو قصور أو حيرة هى صفات الشخصية التى أدركها تمام الإدراك ، والتى لا أشرك فيها أحداً سوى من زملاء المهنة ، فليتفق معى منهم من يشاء فيما يحس بصادق شعوره .. أو ليرتكوا إلى النقص وحدى ، وأغلب الناس تحسب أن الأطباء النفسين قد وجدوا لكل مشكلة حلاً جاهزاً مغلقاً بورق لامع يرضى الطريق ولا يخطئ ؛ فى حين أنهم يختارون فى معظم الأمور حيرة صادقة وعيقة ، ورغم ذلك فهم يحاولون فى كل لحظة .. رغم أنهم لا ينجحون فى كل مرة ، وقد كنت مع استاذى الدكتور عبد العزيز عسكر منذ بضعة أشهر أسام فى استشارة بشأن شاب من هذه المجموعة التى سأشير إليها مراراً فى الصفحات المقبلة ، وهى فئة الشباب المصنوق أشد التصنوق ، المبدع أعظم الأدب ، للتالى الهادى للطبع ، التى

يصل إلى سنة معينة من مراحل دراسته ، ويدون أى سبب ظاهر يبدأ فى التشر
فاتدهور ، وقال استاذى ونحن نزل الدرج من عند زميلنا الداعى إلى الاستشارة
« ... ما أسخف كل هذا ... ولد ممتاز بهذا المستوى .. ينهار أمامنا هكذا ..
و نحن نجتمع وننتفض .. لا نستطيع أن نساعد كما ينبغي .. إنه لمار على فرعا أن.
يقف مكتوف اليدين أمام هذه المشكلة » - واحترمت هذه البذور الثورية التى
ما زال استاذى ينثرها فى شباب على الأجيال التالية ، يترجم حتى يرعوها لعلها
تنت الحل ، وكان هو أول من علمنى الثورة ، أو قل كان أول من حافظ على
الثورة فى لأنه لم يحاول قمعها ، وقلت له « للأسف نم ... فانى أكاد أقارن بين
هذه الحالة بينها .. وأول حالة وصف فيها مرض التصلب سنة ١٨٦٠ حيث وصفه
الطبيب النفسى البلجيكى موريل Morel فى طالب يبلغ من العمر أربعة عشر
عاماً - كان الأول فى امصحاته دون بذل مجهود كاف .. أو بدقة أكثر دون
استدكار .. ويدون أن يشعر بدأ يفقد بهجه وأصبح حالاً ساماً .. يميل إلى
الانطواء ، وقد أظهر هذا الشاب حالة من الاكتئاب والكراهية نحو والده ..
وصلت إلى درجة التفكير فى قتله ؛ وابتداً الصنير يفقد كل ما تعلم بالتدريج ؛
وبدت على قدراته العقلية حالة توقف مزعج فبدأ كسولاً يلوه النبأ - بديلاً عن
التوقد الذى الحاد والنشاط السابقين ؛ وسين قت فحصى خيل إلى أنه فى طريقه
إلى حالة من التدهور العقلى لدرجة فيها » .

ما أشبه الليلة بالبارحة كما يقولون .. منذ أكثر من مائة سنة وعشر
يصف موريل هذه الحالة بهذه الدقة ، ومازلنا نراها هى ، و نجتمع فى
« كونسلتو » لصورتها ، وتبادل الآراء ، ونكتب دواء يفيد أحياناً فى أول
المرض .. ولا يفيد كثيراً إذا تأخرت الحالة .. وهى عادة ما تصل
متأخرة لبدايتها التدريجية الخفية ، ثم تنصرف غير آملين ، ويلقى استاذى بعد

خبرة قارب الأربعين عاماً في مجال الطب النفسى هذا التساؤل الثورى ، وعلق
بأنه « عار علينا كل ذلك .. » نعم .. إنه كذلك .
أى حيرة نعيشها جميعاً :

وبرغم تقدم الطب الدوائى والعلاج النفسى وغيرها ، فازلنا نفق أمام
علامات استفهام تجعلنا نتألم ربما أكثر من المريض وأهله . . وقد سمعت زملاء
صغاراً لم يسروا شوطاً طويلاً في هذا الطريق بعد ، يثورون قائلين « إنه لا يمكن
أن تستمر الحال هكذا ، لابد من حل وإلا .. » ، وكنت أفهم أنهم يشيرون إلى
الحلول عن هذا الفرع من الطب إلى فرع أكثر تحديداً وأقل ألتازاً .

ولكن ..

إذا عرض الأمر هكذا على القارئ العادى ، ألا يهز ذلك معتقده في الطب
النفسى والعلوم النفسية التى نالت من العناية والترويج أكبر كثيراً من درجة
نضجها ؟ ألا يرى ذلك الأطباء النفسيين أمام المرضى والناس بصفة عامة ، وهم في
أشد الحاجة إليهم رغم كل شيء ؟ ألا يضعف ذلك من الثقة بهم وبما يلقونه من
تعليمات أو عقاقير أو نصائح ؟ أليس في ذلك من الضرر أكثر مما فيه من النفع ؟

ولكن لا ...

الأمانة والصدق - مع الناس عامة ومع الأصدقاء - للرضى وغير للرضى -
خاصة ، هى أقرب الطرق للوصول إلى الحقيقة ، رغم ما يصاحبها من مرارة وألم .
على أنه ينبغي أن يؤخذ الأمر بمحذر كما فهمت منذ البداية ، فإذا أنا قلت
أن تشخيص الأمراض النفسية ليس حاسماً ، فهذا لا يعنى أنه ليس هناك تشخيص

أو بديل عن التشخيص ، وإنما يعنى أننا نسعى إلى وضع أفضل نستطيع فيه أن نسمى الأشياء بأسماء أفضل وأدق .

وإذا أنا قلت أن علاج الأمراض النفسية ليس نوعياً في أغلب الأحوال ، وأن معظم الأطباء النفسيين وغير النفسيين يعطون الدواء دون معرفة مكان وطريقة عمله بالتفصيل ، فإن ذلك لا يعنى أنه لا داعى للتعاطى بهذه الأدوية حتى نعرف طبيعة عملها ، إذ يكفى أن نعرف تأثيرها وفعاليتها ، الأمر الذى يتيح الفرصة لما لا يقل عن سبعين أو ثمانين فى المائة من المرضى النفسيين للدرجة من التحسن تخفى أعراضهم وتعيدهم للحياة يكلون الطريق ، أما تفسير لماذا تحسنوا فليأت وقتها يأتى ، فهذا هو الطب منذ مبدأ التاريخ ، ولا يمكن أن نسمح لأنفسنا أن نترك المريض يعاني لمجرد جهلنا بالتفاصيل ، ولا يمكن أن نشجع المريض على أن يقاوم العلاج لأن العلم قاصر ، فإن إمكانيات اليوم أفضل ألفسرة من إمكانيات الأمس ، وسوف يتقدم العلم باستمرار ، وسوف يظل قاصراً باستمرار ، هذه هى طبيعة الأشياء .

ولكن عرض موقف الطب النفسى والصعوبات التى يعيشها فى هذا العصر إنما يجملنا أكثر صدقاً مع أنفسنا ، وبحول بيننا وبين التراجى أمام المشكلات الحادة للتراكم ، ويبرز الحاجة إلى ثورة شاملة نحو علم أكثر تناسقاً وثباتاً ، وهو فى نفس الوقت يخفف - مرحلياً - من غلواء الناس فى التعلق بألقاظ شائعة ، ولافتات ثابتة ، ويهربون تحتها إلى دعة المرض ، وينتظرون الطب الحديث وكأنه السحر السلى الذى يخفف الآلام ويحل الصراع بملقعة قبل الأكل أو قرص قبل النوم ، وهو أخيراً يحسم فريقاً من الأطباء النفسيين ألا يحتجوا وراء ما هو قائم من قاسم ومفاهيم ، ظالمتين أنه ليس فى الإمكان أبدع مما كان وأن كل ما عليهم

أن يتبعوا الصف في نظام ، بل عليهم أن يحاولوا أن يذيقوا الجليد ومحطوا الأضرام
ليصلوا إلى الحقيقة .

* * *

وقد لا يهم القارئ كيف بدأ الموضوع وكيف تطور ، ولكن ألا يمكن
أن يكون في هذا العرض التاريخي جانب آخر ؟ كأن يرى مثلاً معاناة طبيب
نفسى في ممارسته لمهنته ، وفي تطور فكره ، في حين أنه يحسب الطبيب النفسى
خلى البال بالغ الاستقرار والمسدوء ، ألا يمكن أن يرى من خلال ذلك كله
الطبيب النفسى وهو يمارس إنسانيته في حيرة إنسان العصر الحاضر ، وهو يريد أن
يكون القد أحسن ، والعلم أرفع ، والتخداع أقل ؟

الفصل الأول

حيرة بين الصحة والمرض

ما هي الصحة النفسية

« إن الشخص السوي الكامل لم يخلق
بعد ... ولكن يقاس الرجل المائل بالقدر
الأكثر والقدر الأقل ، فإذا كان القصر
الأكثر فيه هو قدر العقل وقدر الجنون
هو الأقل فيتم هذا الرجل مائلا والعكس
صحيح »

أبو الحيان البصري

(من رواية .. عن «نزيل» بمسقط عقل)

من هو السليم ومن هو المريض نفسياً ؟

كانت هذه أول مشكلة تواجهني في ممارستي للطب النفسي ، وقد حسبت أول الأمر أنها مشكلة خاصة ، لأنني لم أفتح بكل ما قيل من مقاييس ، وظلت هذه المشكلة تؤرقني طوال هذه السنين حتى اهتديت إلى حلها بتنوع الصحة وتصنيفها وعدم قبول مستوى واحد أو مفهوم واحد لها ، وقد مررت على قبل ظهور هذه الفكرة مراحل متعددة سوف أذكر بعضها موجزاً في عرض حيرتي ، وقد كانت آخر هذه المراحل أني ألحقت بحجتي عن الصحة النفسية بآخر هذا الكتاب ، فليقرأ من شاء ، وليكتف برؤية حيرتي - هنا - إزاء هذه المشكلة من يريد ، وقد عدت أن يكون هذا الكتاب لتير المتخصص ، ولكنني أيقنت بعد قراءة البحث كاملاً أنه قد يفيد قارئ هذا الكتاب فعلاً .. لذلك فأنني أعتذر ابتداءً إن بدا الملحق منهجياً أو مقيداً ...

إن حيرتي إزاء هذا السؤال عن الفرق بين الصحة والمريض قديمة جداً بدأت معي منذ بدء اشتغالي بهذا الفرع ، ولكنني كنت من قبل أن أصبح طبيباً - اعتبر الحرب جنوناً صريحاً ، في حين أصحاب بعض الذين يقولون عنهم « مجانين » وأنهم وأحترمهم أكثر من العقلاء « اللوسومين » على مكاتبهم أو وراء نياشينهم . وكان انتقال رؤيتي بين هؤلاء وأولئك يزعجني جداً ، فأكد أقلب الوضع وأسماي العاقل مجنوناً والمجنون عاقلاً ، غير أن عقلي الطبي المحترم أخذ يحاول أن يهديني ويثبت قدمي ، لأعود إلى المقاييس التي لم تقنعني أبداً .

المرض السري الشروع :

وفي حماس الشباب تلفتت حولي لأرى البنات اللاتي يضي عليهن في كل البيوت

وكل الأفلام ، يمارسون هستريا «مشروعة» ، ورأيت كأن أشد الأمراض، وهو
القصاص، منتشرأ في الحياة العامة انتشارأ مذهلاً حتى أنى كتبت أول مقال ظهر لى
سنة ١٩٦٤ عن هذا الموضوع فى عشرين متالين من مجلة الصحة النفسية
تحت عنوان « القصاص فى الحياة العامة » ، وكنت أتوى أن استمر فى هذه السلسلة
أكشف الثام عن سائر الأمراض النفسية للنشرة بيننا «فى السر» ، فأكتب عن
«الهستريا فى الحياة العامة» ، و «الاكتئاب فى الحياة العامة» إلى آخر تصانيف
الأمراض ، ولكنى لم أتماد فى ذلك حيث أدركت أنى وقت فى المحظور الذى
يقع فيه كثير من الأطباء النفسين بالرغم منهم حين يرون الأمراض النفسية منتشرة
انتشارأ هائلاً بين الناس ، ولكنها تأخذ مشروعية غريبة لمجرد تماسك صاحبها
و «تكيفه» ، ورفضت أن نطلق الأسماء على المرضى دون هؤلاء الأند خطرأ
الذين يمارسون مرضهم خارج الأسوار بصورة سرية ومشروعة فى ذات الوقت ،
إلا أنى انتبهت مبكراً إلى ما انزلت إليه ، ونوقشت ، وعدلت عن هذه الفكرة
تماماً حين وجدت أننى قد أهرز كثيراً من القيم السائدة والتمرفات المألوفة دون
بديل ، وحين تطور فكرى أصبحت أرفض تسمية الصديق المريض اسماً
تشخيصياً معينا ، فما بالك بالناس فى بيوتهم ، وهكذا حققت العدل مع نفسى ومع
أصدقائى المرضى ، فأما أن نسى كل الناس هذه الأسماء بما فيهم المرضى ، ولما أن
نسكف عن استعمال هذه الأختام على كل الناس بما فيهم المرضى (وكل ذلك سيأتى
تصليلاً عند حديثى عن مشكلة التشخيص) .

ولكنى أجد نفسى أقدم بعض مقتطفات من هذين المقالين حتى يعرف
القارىء أننا إذا سمحنا لأنفسنا باستعمال مقاييس الأعراض فحسب يبدل ومساواة ،
فإنه يمكن أن نجد فى الحياة العامة ما نجده بين المرضى ... وزيادة ، وكان هذا مما
حيرنى دائماً .

قلت في هذين المقالين :

« ... إذاً فأتنا محاول أن نقول أن مرض القصاص - المرض النفسى الخطير أو العقلى الشديد - يوجد فى الحياة العامة كما يوجد فى مستشفيات الأمراض العقلية والعيادات النفسية سواء بسواء ، إن لم يزد عدداً وبشدت خطراً ، وذلك لأن وجوده فى الحياة العامة فى تلك الصورة اللتوية ، لمو أشد وأخطر على المجتمع وذلك لعدم اعتبار هذه أمراضاً تستأهل الوقوف عندها والتأمل فيها وإدراك ماهيتها وسبر غورها ، ومن ثم علاجها ووقاية حاملها ومعاشرتهم من خطرها .

ثم قلت :

« ... وهناك عرض عام يشمل كل نواحى الشخصية عند المريض القصاصى ، ذاك العرض الذى يمكن ان نطلق عليه اسم « الذاتية المطلقة » (أو إذا شئنا الترجمة الحرفية « الشخصن » Personalisation) حيث لا يعنى المريض بحال من الأحوال إلا بما يهتم ذاته بل وإنه ليصبح كل ما حوله بهذه (الصفة) الشخصية حتى لا يصبح للأشياء .. والناس .. قيم موضوعية أصلاً ، وإنما تصبح للمعانى والقيم هى مدى علاقتها بالمريض نفساً أو ضميراً أو إيمانياً ، ومن هنا يمكن تفسير الانطواء وأحلام اليقظة وتبيل الشعور : فالانطواء عجز عن التكيف الموضوعى ، وتبيل الشعور هو عدم القدرة على منح عواطفه لأى أحد سوى نفسه ، وأحلام اليقظة هى تفكير يحقق لذات رغبة شخصية بأيسر السبل دون أدنى عناء ، بل إن الظاهرة التى سميت « فقدان النفس » والتى تمنى أن المريض لا يدرك الحد الفاصل بين شخصه وبين ما حوله ، فلا يتعرف على نفسه ككيان قائم بذاته وسط عالم من الناس والأشياء - هذه الظاهرة التى حاولوا تفسيرها

بقدر الإرادة والقدرة على التصديد ، أعقد أنها تمنى استواء العالم وليس قدان الذات ، بمنى أن العالم أصبح جزءا من نفسه فلا حدود بينهما ، وليس أن نفسه أصبحت جزءا من العالم فأندمت القواصل .

ثم أوردت بعض الأمثلة التطبيقية في المجالات المختلفة .

تولاً : في مجال الأسرة

١ — الأب القاسى .. الذى تمثل ذاته وتبذل شعوره في قسوته التى تبلغ حداً مفرغاً ... وقد تصل هذه الذاتية بهؤلاء الآباء درجة تسخ لم بأن يمنوا على بنهم كل ما يمنحونهم — أو ما منحهم — حتى للأكل والشرب والمأوى ... وعادة ما يصور ذلك الأب نفسه بصورة البطل المضى المتفانى الذى لا يهدف إلا إلى قوم القاسد والذود عن الأخلاق .

وهو يمنى لأولاده الخير ما داموا جزءا من ذاته ، فإذا ما انفصلوا عنه لم يعد يمنى لهم ذلك ، بل ربما تمنى لهم الشر ... فإذا استقل أحدهم عنه وأصاب نجاحا ما ، غيره بأن نجحه هذا (أيضا) فضل منه (رغم اختلافهما) ذلك لأنه حمله صفات (كروموزومات) النجاح (بالوراثة) .

٢ — الأم أو الزوجة السلبية : التى تتصف بالطاعة العمياء فلا تمنى لزوجها أو حتى بنها أسرا ، وقد كانت هذه الصفة القديمة من الصفات الحيدة ، ولكنها قد تصل إلى إلقاء كيان الزوجة أصلا فتفقد معالم نفسها ويشل تفكيرها ، بل وقد تتصف أفضلها بالأسلوبية (الآلية الحركية) حيث تقوم بدورها فى المنزل بطريقة آلية رتيبة قد لا تخير على مر السنين ، وتكون علاقتها بأبنائها مثل علاقتها برجلها (سلبية تماما) أو هى تحتويهم فيكون تعلقها بهم مرضيا ، وعادة لا يكون لها أى

اتصال بالمتجمع فهي بذلك تصنف بالانزواء ، فالأعراض شبه القسامية هنا هي :
السلبية والطاعة الآلية وقر التفكير وقدان الذات والأسلوية .

ولعل هذا الحديث يدفعنا إلى تفسير ما ذهب إليه البعض من غلبة حدوث
القصاص بين الرجال عنه بين النساء ، وفي الحقيقة أن الأمر قد يكون غير ذلك ،
إذ أن النسبة التي يتحدث عنها هؤلاء هي نسبة للمرضى الذين يرونهم ، وليست
نسبة للمرضى في المجتمع الأوسع ، إذ أن السيدة التي تميش في كتف زوجها سلبية
طبيعة طاعة عيما لا لإرادة لها ولا حول ولا قوة ، لا تعرض عادة إلى ضغوط
المجتمع الخارجية ، وبالتالي لن تضطر أن تنهار انهيارا حادا معلنا يستمتع عرضها
على الإخصائي (ومن ثم الإحصائي) .

٣ - الطفل أو (الشاب) المثالي : . . الهادئ الخجول الذي ليس له من
شقاوة الأطفال نصيب ، والذي نسمع تعليقات زائرات أمه عنه أنه : « اسم الله عليه
وعلى حواليه ، قاعد بيننا زى واحد كبير ، يارب عيالنا يبقوا في هداوته ... الخ »
هذا الطفل (أو الشاب) إذا تطورت حالته فزاد انطواء ، وإذا تجسست طاعته
فأصبحت آلية عيما ، وإذا عنفت مثاليته فوسعت الثقة بينه وبين الواقع ، لن
يبدو أن يصبح ذا شخصية شبه قسامية أو أن يكون صورة محورة من القصاص
ذاته ... ، ويتصف هذا الطفل أو الشاب - رغم مثاليته - بالذاتية المطلقة حتى أن
هذا العالم لا معنى عنده إلا ما يتعلق بشخصه ، وقد حكى لى أحدهم أنه بينما كان
في رحلة مع زملاء له ، إذا بأحدهم يقع من شاحق فيندفع الجميع إلى رؤيته ، وكان قد
لفظ أقامسه أو كاد ، وإذا بهم يستحيرون « منديله » - منديل محدد - ليضعطوا به
موضع التزييف ، وإذا به فجأة يضبط نفسه وسط هذه المأساة لا يفكر إلا في مدى ما
سوف يصيب منديله من قذارة ، وعما إذا كان من السهل إزالة الدم منه أم لا ؟ فهو

لم يأخذ من كل هذا الوقت - رغم خطورته - إلا ما يتعلق بشخصه - رغم قاعته - وهو منديله ، وكانت هذه الحادثة وحدها هي السبب الذي دفعه إلى عرض نفسه على أخصائى .

٤ - الزوج النيور : ذلك الزوج الذى يقتله الشعور بالنقص ، ويتبع ذلك الشكوك الضنية التى ليس لها ما يبررها ، والتى قد تكون ضلالات تشككية لا يمكن تصحيحها - هذا الزوج قد يبلغ من تبدل شعوره وقسوته أن يحجر على كل تصرفات زوجته ، وأن يشك فى كل أفعالها وأن يحبسها داخل سجن رهيب متصورا بذلك أنه يدافع عن الغة ومحبيها من شيطانها ... وأحيانا يصل به الحال أن تمتد شكوكه إلى أبنائه ، وقد يتصور أنهم على علاقة بأمهم أو بعضهم ببعض ، وقد يشك حتى فى أمه وفى صحة نسبه ، وقد يخفى هذه الشكوك - بذكائه - فلا يصرح بها إلا حيث يعلم أنه سيفرضها فرضا وأنه لا مجال لمناقشتها فيها ، ورغم خطورة هذه الأعراض فإن هذا الزوج عادة ما يوجد فى الحياة العامة دون العيادات النفسية أو مستشفى الأمراض العقلية وذلك لأنه لا يعتبر نفسه مريضا ولأن من حوله لا يجرؤون لا على إقناعه بذلك ولا على إرغامه على الذهاب للطبيب .

ثانيا : فى مجال العمل :

... وهنا يخفق بنا أن نسأل : هلqvامى هو الذى يفقد الإرادة وينقد القدرة على الإنتاج ، وتبعد الثقة بين أحلامه وألامه ... وبين إنتاجه الفنى ؟ أم أنqvامى هو الذى يتوصل على نفسه ويحتوى العمل كجزء من كيانه يحقق به ذاته فيستغرق فيه بلا هوادة ، وقد يصل فيه إلى مكاسب حقيقية لا سيما إذا صاحب ذلك « متابة المروب .. » أى أنه يهرب من المجتمع وضغوطه

بالتأثير على عمله والانهك فيه ، هل القصصى هو هذا أم ذاك ؟ أم أنهما وجهان
لصورة واحدة ؟ الحقيقة أنهما وجهان لصورة واحدة . والدليل على ذلك أننا كثيرا
ما نرى القصص فى صورته الأولى (عدم القدرة على الإنتاج والازدراء والاستغراق
فى أحلام اليقظة) يحدث عادة فيمن كانوا أوائل فى دراستهم أو مبرزين فى عملهم
بل ربما نواحي عصرهم ، أى أن العملية مجرد اتصال من صورة إلى صورة ،
وهذا يفسر فى كثير من الأحيان الوهم الشائع بين العامة أن كثرة العمل تؤدي
إلى الانهيار ، وحقيقة الأمر أن كثرة العمل تكون صورة هروبية وتوضيحية
للرؤى الخفى ، الذى متى نجح فى الظهور مؤخرا ، جاء بعد فترة من الإرهاق ،
والاستغراق فى العمل ، وكأنه نتيجة له ، ولكنه فى الحقيقة سبب هذا الاستغراق .

... وهنا يثار سؤال جديد :

أليس لاضطراب التفكير القصصى دور هدام على التفكير المنتج ؟ ألا يكون
حائلا دون العمل والإنتاج ؟ والإجابة على ذلك أن الذى يستطيع احتواء عمله
أو «دراسته» داخل ذاته ، فإنه يتوقع فى حوصلته ، ويصبح العمل جزءا من
نفسه وليس تابعا لتأثيره ، فينتج بفكر حساب ، وكأنه ينمى جزءا صحيحا من تفكيره
على حساب جزء مريض والاثنان يخدمان ذاته ، وذاته فقط ، وهذا يفسر كثيرا
من دارج القول « الى يشوفه فى شغله .. مايشوفهش فى بيته » ... وذلك لأنه
احتوى العمل فأصبح جزءا من نفسه ، أما ذروه فقد أصبحوا يمثلون المجتمع الذى
عجز عن أن يتكيف معه ، لأنه عجز عن أن يحتويه .

... والقصص فى صورته المحورة - بصفة عامة - يدفع بصاحبه إلى امتنان
مهنة خاصة بعيدا عن المجتمع ، لا يضطر فيها إلى الاعتماد على غيره أو الاحتكاك به ،
فنبذه بين أكادس الكتب أمينا لمكتبة ، أو بين قواريير صامته عالما فى معمل

خاص ، أو بين موسوعات المراجع محققا للتاريخ .. أو غير ذلك من الصور ،
وفى مجال الطب مثلا نجد بين أطباء المعامل ، وأحيانا بين الجراحين الذين قد
يتصفون بالقسوة البالغة حتى يرضوا بزعاتهم العدوانية وسيطرتهم على الطبيعة
ومن ثم على مرضيهم ، وأحيانا بين أطباء الأمراض النفسية - الأمر الذى ينبئ
الانتباه إليه فى اهتمام المشغلين بالتفروع المختلفة ، فى الجراحة يجب أن يخشى من
مثل هذا الطبيب ائضى قد لا تتوقف ميوله العدوانية عند حد استعمال المشرط لما هو
مهيأ له ، بل قد تمتداهما إلى التجارب غير الإنسانية فى أجساد البشر الخلدن ، وفى
الأمراض النفسية ينبئ أن تبعد الحالات الشديدة ، التى لا يرجى لها برء تام ، عن
هذا المجال ، حتى لا يسقط الطبيب ما بنفسه على مرضاه ، وحتى لا يتهمهم بفقدان
المشاركة الوجدانية فى حين أن السجز قد يكون فى تبدل شعوره هو .

الثا : فى مجال الأدب والفن :

(وكنت أنصو أن قسيم مظاهر الأشياء وصفا يسمح لى بأن أسمى مظاهر
أخلق بأسماء الأعراض ، ويحد القارىء بعض ذلك فى الفصل الأول فى نظراتى
فى الأدب فى كتابى « حياتنا والطلب النفسى » رغم أنى حاولت أن أخفف من
غلوئى فى التسميات التشخيصية ، ولكنى تركت أغلبه كما هو ، تسجيلا لمرحلة
تفكيرى هذه التى جعلتنى أقول :) .

لعل مظاهر القسام فى الفن تتميز من أظهار صورته ... - هذه الصورة الواخمة
هى التى أطلقوا عليها فن اللامعقول - أو أدب اللامعقول - فيها كل أعراض
القسام من قدد الترابط وانطلاق اللاوعى بلا تحوير ولا تطوير ، ليعبر عن نفسه كما
هو : فجأ بكراً غير منظم ولا متناسق ولا محدد للعالم ، تختلط فيه الأمور والأشكال
والتصويرات - صوراً أو ألقاها - ... وذلك الفن الذى لا يقيد بالواقع وحدوده ،
ولا يمكن الاتفاق على معنى معين له ، بل كثيراً ما يمثل مادة خاما يسقط عليها
كل مشاهد ومستمتع ما يراه هو عما يحمله داخل نفسه ١٠٠

وابعا : في مجال السياسة :

وتتمثل مظاهر القصاص في مجال السياسة في شواذ السياسيين وتجارب الحروب وقطعان الشباب القاشي .

(وقد تحدثت في المقال عن هتار ، ولكني أكتفي باقتطاف حالة من الشرق لأن الحديث عن هتار يحتاج في نظري الآن إلى تفصيل أكبر ، قلت :

« والمثال الحديث في شرقنا القريب... هو حالة « عبد الكريم قاسم » الذي كان يتصف بالفردية والظنيان كما كان يشكو صراحة من الأرق الزمن ويدعي أن ذلك سهر على مصالح الشعب ، وقد تذبذبت تصرفاته دائما بين التقيض والتقيض وانطلق خياله في مجالات أحلام اليقظة دون أن يصحب ذلك أى عمل جدى لتحقيق هذه الأحلام ، ومثال ذلك حديثه عن الاستيلاء على فلسطين المحتلة (!) في أيام قليلة ، وكان مظهر فقدان الشعور لديه تلك التسوية المجنونة التي استخدمها في التنكيل بأعدائه وأصدقائه على السواء إلى حد القتل والسحل ، ثم ميوله التوسعية الوهمية التي لا تحقق مع روح العصر وطبيعة الأشياء ، وذلك في إعلانه عزو دولة الكويت ، ولعل فرديته وانطوائه هما اللذان حالاً بينه وبين الزواج ، شأنه في ذلك شأن كثير من القصاصيين الذين يحجبون عن الزواج لعدم قدرتهم على منح حبيبهم لأحد سوى ذواتهم . »

وختمت المقال قائلا :

« وما قصدت أن أوضحه هو أنه ليس كل الأمراض النفسية والعقلية هي التي تقابلها في المجتمع الصغير: العيادة النفسية والمستشفى العقل فقط ، بل إن كثيرا منها يعيش في المجتمع الأوسع ، وما دامت هذه الأكرية تعيش في حالة تمويض

كامل وتحقق لنفسها ولن حولها مجاحاً وانجاباً (مهما كانت نوعيته) فإن البحث فيها وقلب أعراسها للرضية يصبح عبثاً لا يأتيه إلا سفيه أو جاهل ، أما إذا أضرqvاصى من حوله ، وجعل التبرير ديدنه ، وتسلمت ذاتيته على المجتمع دون أن يلجأ إلى استشارة طبيب ، فإن تبصرة الناس بطبيعة هذا الشذوذ تجعلهم يعملون على إحقاقه ، وذلك باستشارة طبيب وتهئية الظروف للعلاج . وبهذا تزداد فرصته في الشفاء نظراً للتيسير في التشخيص والعلاج » .

* * *

بين ثورة الشباب .. وتقل الأطباء :

هكذا كتبت في حاس الشباب ، ثم هدأت في تقل الأطباء ، ثم ثرت مرة أخرى لأحلم صنم التشخيصات جميعاً سواء في الحياة النفسية وللمستشفى أو في الحياة العامة ، فلم أكن أقبل في أول حياتي المهنية أن اسمي الذين يحضرون للعلاج مرضى فصامين - مثلاً - في حين ترك الآخرين في الحياة العامة ، وربما هم أشد خطراً - دون تسمية ، فيما أن نسميهم جميعاً ، أو نطلق مراحهم جميعاً ... مهما يحدث ؟ وهذا ما سأحدث عنه بعد ذلك بالتفصيل ، أما ما يعنينا هنا فهو أن التفرقة بين الصحة والمرض كانت صعبة على "تماماً منذ البداية .

* * *

حين تصبح الاهتزازة نبضة :

كانت التفرقة صعبة ، وكانت أصعب ما تكون حين أقابل فناناً خالقاً في أزمة مع نفسه ، وأبحث عن الحد القاصف فلا أجده ، وكان فضل الفنان المرحوم كمال خليفة على فضل ما زال يهزني من الأعماق ، قد صاحبه في أزمنته عدة سنوات :

وتعلمت منه ما لم أتعلمه في كتاب أو من استاذ ، ونساءت بعد أن شفى - وقبل أن يشفى - أين أضمه بين السواء والمرض ، ولكنه هداى أثناء بعض مناقشاتنا معبراً عن الشفاء إلى أنه « قد أصبحت الاهتزازة نبضة » وعرفت أن الفرق بين السواء والمرض ليس فرق درجة أو تماثل مع الآخرين ، وإنما هو فرق فاعلية وقوة حياة ، فالنبضة مثل ضربة القلب تدفع الدم إلى الشرايين وتحافظ على الحياة ، والاهتزازة أو الرعدة مثل تذبذب شعيرات عضلات القلب *Fibrillation* فلا انقباض ولا حياة .. إلا أن ألقائاً مثل « الحياة والاقبياض ، والعمل ، والسعادة ، والرضا » تحتاج إلى توضيح وتحديد حتى نستطيع فهم هذه المشكلة ، فإذا قلنا أن العمل للحياة والصحة فإن الناس هتقرو كأفراد وكجماعات على معنى الحياة ، وإذا قلنا أن العمل وحده لا يكفي وإنما لابد من وجود الرضا والتكيف معه (راجع للمحقق إذا شئت) فإن مجرماً مثل الخبط « يرجه الله » يشكيف مع من حوله من أتباع ، ومجرمين وحقق مواطنين ينفخون الإتاوة ، وبذلك لا يوجد خلل في علاقته مع بيئته للباشرة ، وهو مستج في عمله يحجى للال ويقتل الناس بفاعلية عظيمة ، ثم هو راض عن نفسه فخور بها ، فهل هذه هي الصحة النفسية بالمقاييس الساقية الذكر ؟ أو هل الأمثلة التي أوردتها عن « انقسام في الحياة العامة » هي من الصحة النفسية ؟

لئن فالأمر كله يحتاج إلى تحديد أكثر :

وتريد حيرى وتلاحقنى ، فن المسرحيات القليلة التي شاهدها في باريس (وهي) عدد قليل لصوبة الفنة أولاً ثم لضيق ذات اليد أخيراً) كانت مسرحية « لكل حقيقة » *Chacun Sa Verité* ، وهي مسرحية فكاهية تأليف لويجي بيراندلو *Luigi Pirandello* يختلط فيها الأمر على للشاهد حين يتهم

أكثر من شخص في السرحية الآخر بالجنون ، فيخرج الزوج مثلاً في تمام الصحة يتكلم عن حياته وعما تمله من تصرفات شاذة حتى تهتم بمجنونها المطبق ، ثم يخرج لتدخل الحماة في كامل عقلها تتكلم عنه بدورها مشقة عليه مقنة للشاهدين أنها لا بد أن تسايه اعتقاده في أنها هي المجنونة ، وهكذا تتبدل الأحداث ونحن نختار ولا نصل في النهاية إلى الحقيقة ، أو يصل كل منا إلى حقيقته ، لأن الحقيقة ليست مطلقة وحكم الناس ليس إلا وجهة نظر .

* * *

وأجد في ممارسة الخاصة أن الدافع للحضور إلى استشارتي - كطبيب نفسي - ليس درجة المرض أو شدته وإنما عوامل أخرى لا ترتبط ارتباطاً مباشراً بدرجة المرض أو نوعه ، وكثيراً ما جاءني إحدى المريضات من بقايا « الفوات » تريد أن تتكلم بعض الوقت مثل صديقتها « فلانة » التي أعالجبها ، أو طالبة تكف عن الاستدكار ليحضرها أهلها مثل بنت خالتها ، وبذلك تفرج على الطبيب الذي يبالغ قريبتها ، وهكذا ، وكنت أفسأله: هل أعتبر هؤلاء مرضى في حين أن مستر نيكسون - بسلامته - سليم معافى ؟

* * *

المرض مقياس نفسه : ولكن :

ومنذ طلعت فحص المرض ، كان القياس الأسامي هو المرض نفسه ، بمعنى أن تجري دراسة منفصلة عن حالة المريض قبل المرض وعن شخصيته ونوازه وسماته ثم تجري دراسة مقابلة عن حالته بعد المرض (الآن) وبالمقارنة تبين الصحة من المرض .

ولكن دراسة حالة المريض السابقة قد تثبت أنه « لم يكن يشكو... »
ليس إلا ، إذ قد يكون مريضا حينذاك دون شكوى ، وكل ما جد عليه أنه أصبح
أكثر إدراكا لواقعه المرضى ، ولذلك فقد جاء للاستشارة .

كما أن هذا المفهوم يشير ضمنا إلى ان واجب الطبيب الأول - او ربما
الأسهل - ان يعيد المريض إلى ما كان عليه قبل المرض ، وكنت أتساءل : هل
يعنى ذلك ان نقل من إدراكه لحالته ؟ وهل هذا ممكن ؟ ألا يشير ذلك ضمنا
إلى أننا نسوق تطوره ؟

القضية :

وفي مجال الطب النفسى الشرعى كانت مشكلة السواء والمرض أخطر
وأصعب ، لأنه بعد تحديد السواء والمرض نحدد المسؤولية من عدمها ... وخبرتى
في هذا المجال قليلة ، إلا أنه في آخر قضيتين استدعيت للاستشارة فيها كانت
المشكلة حادة وخطيرة ، أما القضية الأولى فهي قضية قتل فيها شاب زوج
عشيته بلا أدنى مبرر حيث كان الزوج عالما بالصلات مستفيدا منها ،
وكان الشاب القاتل هادئا مصمما على الاعتراف بجريمته تسميها آثار الشك ، وبعد
كتابة التقرير المطول مع الزملاء المستشارين في الطب النفسى ، انتهينا إلى أن
المريض مريض رغم قهر أعراضه وتضاربها ، وكنت أتساءل أليس كل مجرم
مريض ، ألا يكفي دمع إنسان بفقدان الشعور حين تسمح له عواطفه بإزهاق روح
بريئة مقابل قروش أو شهوة ، وعلى النقيض من ذلك أليس كل مريض مسئولا ،
ليس عن جريمته فحسب بل عن مرضه ولو بصفة جزئية ، أليس هذا هو الاتجاه
الحديث في الطب النفسى أن تفقد المريض أى فائدة ثانوية يحصل عليها من مرضه
مهما كان نوعه حتى يفشل الحل للمرضى فيرجع المريض إلى الصحة بآلامها ...
ونتميت أن نكتب في التقرير أن المريض مريض ولكن علاجه مع البقاير هو أن

يحمل مسئولية علاء رغم مرضه — في السجن — وعرضت هذا الرأي خلسة على أحد الزملاء ، ولكن الزميل اعترض أولا لأن مهمتنا تقتصر على التشخيص وليس على التوصية بالعلاج ، وثانيا لأنها ستصبح سابقة خطيرة قد يساء استعمالها في هذه الفترة من تطورنا العلمي والإنساني ، وثالثا لأنه لا يوجد مرجع يؤيد هذا الرأي .

وسكت على مضض .

لست من العلماء :

أما القضية الثانية فكانت للواجبة فيها حادة وصرخة ، وبرز السؤال عن الصحة والمرض وكيفية التمييز بينهما خطيرا وملحا أمامي وأمام زملائي في لجنة فحص المريض ، فقد كان الرجل في كامل قواه العقلية — لحظة الفحص على الأقل — وكتبنا التقرير مجتمعين بأنه « ليس مصابا في الوقت الحالى بأى مرض عقلى » وإن كنت آمنت شخصيا أنه لم يكن مصابا فى أى وقت من الأوقات بمرض عقلى ، ولكن من أين لى أن أجزم ؟ لقد رأيته ثائرا عنيدا ليس إلا ، أراد أن يعبر عن رأيه فى حق وظيفى سلبوه إياه ، فاضطر من باب لفت الأنظار ، أن يرسل برقية يقذف فيها فى حق الحكماء ، وفلا تقيبه الحكماء لحقه السلوب وساعده على استرداده . وفى المرة التالية بعد ذلك بسنوات — عادوا وطردوه ، فكرر المحاولة بقذف الحكماء ظانا منه — نتيجة الخبرة السابقة — أن هذا هو الطريق — وقد اعتبرت أن هذا سلوك طبيعى رغم غرابته — ولكن هذه المرة لم تسلم الجرة — كما يقولون — فقد حولوه للطب النفسى ، ربما رافة به .. واعتبروه مريضا ، وربما كان .

إلى هنا وكل هذه الاجراءات يبدو فيها معنى ما ، ولكن الوقت يمر ، وتطول إقامته إلى أكثر من سنوات أربع فى حين أنه لو كان حوكم وأدين لأفرج عنه منذ مدة طويلة .

ويصل الأمر إلى المحكمة ، وعين المحكمة لجنة طبية - كنت أحد أفرادها -
وقرر اللجنة بالاجماع - ساعة الفحص - أنه سليم معافى آخذة في الاعتبار
كل الإمكانيات من أقوال الأهل والمرضى ، وتأخذ المحكمة برأى اللجنة
وتحكم بالإفراج عنه ، ولكن ..

يظل المريض (أو السليم) في المستشفى حتى كتابة هذه السطور .
والقانون - بشكل ما - يسمح .
والطب - بشكل ما - قد يسمح .
وأشياء كثيرة أخرى ، أيضا ، تسمح .
لأنه يوجد في الطب .. والقانون .. والأشياء .. « ربما » .

وأحاول أن أنام دون أن افكر في هذا الرجل فلا أستطيع بسهولة ، وأقول :
ربما كانت الملاحظة المستمرة التي قاموا بها أفضل من الملاحظة العابرة التي
فنا بها ..

ربما أخفى الرجل عنا أمراضه ..

ربما ظهرت عليه أعراض جديدة ..

ربما .. ربما .. ربما .

ولا تنتهى إل « ربما » .. ولا تبعد صورة الرجل عن فكري أبدا .

وأندكر نص أقواله التي سردتها بالتفصيل ذاكراً الأحداث باليوم والساعة
حين سأناها :

.. - أنت لراى بتحفظ التواريخ كده ؟

قال فى أدب وسخرية مما :

- انا عادتى كده ، متأسف ... لأنه إذا حفظنا التواريخ ... تكتبوا

في التقرير « يحفظ تواريخ لا لزوم لها » . وإذا ما عرفناش التواريخ يبقى
التقرير « لا يعرف الزمان ... وللكائن »

وقلت في نفسى : « صدقت »

ثم أتذكر سؤال آخر (بنص ما كتبناه في التقرير)

- إيه رأيك فى نفسك ؟

فيردد فى قمة وعلم :

- انا قرئت لفيلسوف ابو الحيان البصرى فى باب « علم النفس » إن

الشخص السوى الكامل لم يخلق بعد ، ولكن يقاس الرجل العاقل بالقدر

الأكثر والقدر الأقل ، فإذا كان القدر الأكثر فيه هو قدر العقل وقدر الجنون

هو الأقل فيجبر هذا الرجل عاقلا والعكس صحيح ... نفس النظرية هنا ، يعنى :

فيه مريض يعرفه العامة ويسرفه العلماء وفيه مريض لا يعرفه إلا العلماء » .

انتهى كلامه بالنص .

ولكن :

ما زال هذا الانسان بالسثقى حتى تاريخه .

ويتردد فى عقل قوله بأنه يوجد مريض لا يعرفه إلا العلماء .. وأحسن بأمانة

أنه لا بد أنى لست من العلماء ...

وأقول .. « ربما » .. وتتردد كل الـ « ربما » السابقة .

وتلج على الحيرة بصورة لم تبحث من قبل وآسأل :

— أين الصحة .. وما هى الصحة ؟

وما هو المرض ؟

وما هو الحق ؟ وما هو الخير ؟ وما هو الانسان ؟ ومتى يأتى القدر ؟

وتزيد حيرتى .. وأتهم نفسى بالقصور .

.....

توارد الغواطر :

وحين ذهبت إلى باريس في مهمتي العلمية كان الوقت أرحب ، والمكتبة أكرم ، وكنت مهتما بموضوع « التصوف » وأصوله النفسية ، قرأت عنه كل ما وصل إلى يدي ، وأثناء ذلك كان ينبغي علي أن أحدد الحد الفاصل بين الخبرة الصوفية وخبرة الخلق والإبداع وخبرة الجنون ، والخبرات الثلاث في كثير من الأحوال نوع من النكوص ، والشبه بينها شديد ، ووجدتني أرجع ثانية إلى هذا السؤال نفسه « من هو الصحيح ، ومن هو المريض نفسيا ؟ » .

وأثناء قراءاتي عثرت على مقال عظيم لأحد الإيرانيين اسمه أراسته Arasteh . نشره سنة ١٩٦٦ في مجلة Confina Psychiatrica - وهي لا تصل إلى مصر - وقسم فيها الصحة النفسية إلى مستويات ، وقد كان هذا حلا عظيما جعل أقداسي قف على الأرض في حين يتطلق فكري إلى السماء ، قد قابلت أثناء قراءتي عن الصحة النفسية ما جعلني أتصور أحيانا أنه لا يمكن أن يوجد إنسان صحيح نفسيا لأنهم كانوا أحيانا يستعملون لوصف الصحة النفسية ألفاظا ضمنية . ففئة مثل « قة السعادة » « الإيجابية » « الكمال » « التلقائية » « الفاعلية الكاملة » « تمام التضيغ » ، وعلى النقيض من ذلك قد كنت أجد تعريفات أخرى تنزل بالإنسان إلى مستوى الحيوان حين تصر على اقتران الصحة النفسية بالتشكل مع المجتمع القريب ، فليس اللهم هو أن يكون القرد قاتلا أو قاسيا بقدر ما هو مهم أن يحمل شذوذه مشروعا حتى لو أضر بكل الناس ، لذلك فإن وضع الصحة في مستويات يجعلنا نتصور أنه لا يوجد نوع واحد من الصحة النفسية ، وإنما توجد عدة درجات تختلف من فرد لآخر ومن مجتمع للمجتمع .

ويبدو أن المسألة كانت تلاحقني فعلا ، قد اشتغلت - بمحض الصدفة -

أثناء مهمتي العلمية مع صديق عالم هو بير برينتي *Pierre Brunetti* وكان رئيساً لوحدة الطب النفسي الاجتماعي في جامعة باريس ورغم أنه كان يكبرني بأكثر من عشر سنوات إلا أنه كان شاباً ثائراً متحمساً ، وفي ثاني مقابلة لي معه عرض عليّ متردداً في تواضع وأدب اللماء أفكاره عن مستويات الصحة النفسية ، وقال هل يهلك الحديث في هذا الأمر ؟ وكأنه وضع مرهما بارداً على جرح مؤلم ، ولم أقل « طبعاً » فقد كان هذا بليها ، ولكننا انطلقنا نتحدث ونناقش في حماس بالغ وأراني مقالاً له في ذلك الموضوع « تحت النشر » ولما قلت له أن أراسته (من إيران) نشر ما يقابل هذه المستويات سنة ١٩٦٦ لم يلبط هذا من عزمه بل اطمأن أن فكره يسير في الاتجاه السائد في الشرق ، وكان دائم الحنين إلى الشرق ويؤكد أن نصفه (الأموي) الفرنسي من الميدي *Midi* وأن العرب قد وصلوا هناك ولا بد أن دم أجداده قد اختلط بهم (وكان نصفه الأيوبي إيطاليا) ، ولم ينه أن تنشر مثل أفكاره قبلاً فهناك دائماً إضافة ولو بسيطة في الأفكار ، والعلم يشرق في عقل الإنسان في أكثر من مكان في العالم في نفس الوقت ، لأن الذي يأتي بالأفكار الأصلية ليس مجرد الجهد والإيماء ، بل درجة تطور الإنسان ، وما دام الإنسان يحتاج إلى فكرة تهديه في مرحلة ما من تطوره فنوف تظهر هنا أو هناك ، صحيح أنها مستحل على عقل من يحلّي أكثر ، ويصير أكثر ولكنها قد تظهر في أكثر من مكان في نفس الوقت ، وأظن أن ظهور نظرية التطور عند داروين وولاس معاً أشهر الأمثلة لثل هذا التوافق في ظهور الأفكار الأصلية ، وقد ظهرت مقالة برينتي بعد ذلك سنة ١٩٦٩ وكانت الفكرة متشابهة ولكن التفاصيل مختلفة .

مستويات الصحة :

قسم « أراسته » الصحة النفسية إلى المستوى الطبيعي *Natural level*

حيث يعيش الإنسان ككائنٍ حى طبيعى يهتم أساساً ونهائياً بحفظ ذاته وحفظ نوعه،
والمستوى البيئى Culutral level حيث يهتم الفرد بعلاقته المباشرة مع البيئة القريبة
من حوله، ثم المستوى البعد - بيئى Transcultural level حيث تمتدى اهتمامات
الفرد بيئته القريبة إلى ما بعد بيئته من مستويات الجنس البشرى عامة، أما برينيتى
فحدثت عن صحة الجسم أو الصحة البيولوجية La Santé Biologique وهى
تتوقف على مدى تلاؤم أعضاء الجسم بالبيئة العضوية الداخلية، وصحة النفس
La Santé Psychique التى ترتبط بمدى تكيف الفرد مع مجتمعه للبشر
وصحة الروح La Santé de l'espri وهى تشير إلى التكيف والتلاؤم مع عالم
الإنسان وماجد الإنسان مكانياً وزمانياً، وقد أعجبت بكل هذه الأفكار وعاشتها
وسعدت بها لأنها تربط الصحة بالإنسان وارتقائه وليس فقط بالأعراض والمظاهر
وكنت أحس أنى أعرفها من قبل، وقد ظهرت بعض علاماتها فى كتاباتى للنشورة
قبل هذا، ولكن حيرتني لم قل أبداً، لأن هذه الحلول وهذه القروض، وإن
أوضحت الرؤية، إلا أنها تركتنا فى متاهة نظرية لا نعسد عليها ما لم تتطور إلى
تطبيقات عملية لتكسبنا أرضاً جديدة يتقدم عليها: الإنسان، وهذه الأرض العملية
تأتى من نظرة جديدة للعرض والعلاج، ثم تخطيط شمول لصحة البشرية
ومستقبلها.

فالإنكار موجودة قديمة قديم الإنسان، ومن أجل تعريفات الصحة
ما صدر عن « هيبوقراط » أبو الأطباء من أن الصحة « حالة من التناسق
الشامل للم » وأن دور الطبيب هو إعادة التوازن بين مختلف مكونات الإنسان
من ناحية، وبين الإنسان والطبيعة بكل ما تشمله من ناحية أخرى.

ولكى يعيد الطبيب التوازن لا بد أن يعرف ما هو التوازن.

وتزداد الحيرة .

وفي حيرتي كنت أتأمل زملائي وأحسدم على الحلول التي وصلوا إليها ليردوا بها على الأسئلة ، وأهم هذه الحلول هو عدم طرح هذه الأسئلة أصلا ، أو ما يسمونه عدم التفلسف ، ولكن قلتي ورفضى كانا دائما معي ، فانا أقبل القليل الذي آمنته في خلاياي وأسير محملا بهد ذلك بكل ما لا أجد له حلانهايا ، أنام به وأصحو به أياما وشهورا وسنين ، ولم أنجح مرة واحدة في أن أفرض على عقلي شيئا لا يدخل إلى وجداني وكياني في دعة وثقة ، ربما أقبله وأستعمله فترة من الزمان لعدم وجود البديل ، ولكن عقلي سرعان ما يلفظه فورا بمجرد أن يجد ما هو أحسن منه ، أو هو يبدله تبديلا جوهريا يسمح له بالاندماج مع كياني .



حقائق أساسية :

وقد خرجت من كل هذه الخبرة بحقائق اعتبرتها أساسية في تطوير مفهومي الصحة والمرض معا ، وظلت أنساءل : مادام الإنسان في حالة تطور دائم كفرد ، وما دام للصحة مراحل ومستويات ، فهل يمكن أن ترتب الأمراض النفسية في مستويات مقابلة ؟ وكيف يمكن ربط أسباب الأمراض النفسية البيئية والوراثية بهذه الحركة التطورية سواء للوصول إلى مستوى أرق من الصحة النفسية أو مستوى أخطر من المرض ؟ وكيف نجد العلاجات كلها : كيميائية أو نفسية أو كهربية مكانها على سلم التطور ؟ وفي محاولة للإجابة على هذه الأسئلة كتبت مقالا عن «نحو مفهوم تطوري للصحة النفسية» وكنت حينذاك ما زلت في باريس وكان المقال الأصلي باللغة الإنجليزية ، وحين قرأه صديقي بيير قال لي « ماذا تريد أن تقول ؟ » قلت « ما قرأت » قال « لا ... ينجح إلى أنك تريد أن تقول

شيئا أكبر .. عليك ان تهب حياتك لهذا الشيء حتى تقول له كاملا « وحين قلت له « ما ذا تظن هذا الشيء ؟ » قال « سمعته يوما » — ولم أنشر هذا المقال الأصلي لأن الأفكار تلاحقت بعد ذلك وأنا أحاول تطبيق القرض الذى احتواه المقال حتى كنت أحس أنه أصبح قديما ناقصا قبل أن ينشر ، وخاصة فيما يتعلق بتقسيم الأمراض ، ولكن صديقى الأستاذ الدكتور عمر شاهين الذى قرأ المقال عقب عودتى من فرنسا واعتبره نظرة فلسفية ، عاد فطلبه منى هذه الأيام لينشره فى العدد العلمى لمجلة الصحة النفسية سنة ١٩٧٢ ، مما جعلنى أعيد كتابته بالعمية ، ثم أقر فى آخر لحظة أن أضمنه لهذا الكتاب « ملحقا » به ان يريد ان يقرأ قاصيل للنوضوع .

أما مجمل فحواه فهو أنى أيقنت أن المرض النفسى (الوظيفى) يتعلق تملقا مباشرا بالرؤية والإدراك رؤية الانسان نفسه ، وإدراكه واقعه ومجتمعه ، ووجدت أن قد التوازن — أو التوازن الخاطيء — الذى هو المرض النفسى إنما يحدث نتيجة لمزيد من العى أو مزيد من الإحصار ، وحتى المزيد من العى هو دفاع ضد الإحصار ، لأنه خوف من الرؤية المهددة ، فأثناء الفترات يمكن ان تخفى الاضائة اما بالإحطاء او بلبس الأوراق الزرقاء على المنافذ ، كذلك إذا هدئت الانسان رؤية مزعجة فإنه قد يزيد من حيله الدفاعية التى يزيد بها عى يصل أحيانا لدرجة المرض .

إذا فالصحة النفسية هى تناسب درجة الرؤية مع تحقيق مطلبها

فما هى المستويات المتتالية حسب مراتب الصحة ومراتب المرض ؟

إن هذه المستويات ينبغى أن تقوم أساسا على حقيقة أن الإنسان كائن متطور ، ليس فى نوعه فحسب ولكن فى حياته كفرد أيضا ، وهذه حقيقة قديمة

موجودة في كل حياة وأعمال رواد الفكر والمبدعين ، ونظور الانسان متملق بتنوع في حياته ، وقد وجدت — مثل غيرى — أن للرؤية درجات ، وللصحة مستويات ، ولكنني فضلت النظر من زاوية متصلة اتصالاً مباشراً بالطب النفسى ، فرأيت الرؤية على ثلاث مراحل .

الرؤية ومداها :

أولاً : أن نرى مظهر حياتنا ونمض الأعين عما بالداخل ، ونستمر ندافع عن أنفسنا وقيمنا الاجتماعية أكثر مما نعى إلى معرفة داخلنا أو إطلاق طاقاتنا ، وقد وجدت أن هذا المستوى من الرؤية هو ما يتصف به — للأسف — أغلب الناس وخاصة في المجتمعات البدائية والتقليدية والمتخلفة ، وسميت ذلك تطورياً « المستوى الدفاعى » للصحة ، حيث تقاس الصحة بمدى العلم النفسى الذى يتمتع به الفرد ، ويكون الانسان على ذلك صحيحاً « إذا كان مثله مثل الجميع ، يكسب لقمة العيش ويقتنى من الأشياء أكثر ما يستطيع ، يملأ بطنه وتتلذذ حواسه وينام ، وتنتهى آماله فى الأغلب عند السر والتباهى بما يملك » وهذا ما يمارسه الغالبية العظمى من الناس .

ثانياً : ان نرى حياتنا من الداخل والخارج ، ونهم أكثر ، ونعرف بعض تغيرات تصرفاتنا ، ثم نرضى بذلك كله ومهدأً بالنا لأننا نعرف أكثر ، وقد سميت هذه المرحلة « المستوى العرفى » أو العقلى نسبة إلى أن الرؤية فيه هى رؤية عقلية وليست بصيرة صوفية ، ولا ينقل المعرفة إلى مستوى البصيرة اتساع دائرة المعلومات أو مزيد من الشهادات والدراسات ، وإنما العلم الانسانى والباطنى هو المميز الأول للرحلة التالية ، وربما يتوقف عند هذا المستوى كثير من المثقفين ،

وأسف أن أقول وكثير من العلماء والمفكرين والفلاسفة ، قد نما عندهم العقل حتى استولى على كيانهم كله ، بما كان التوقف عند هذه المرحلة هو سر ما يسمى « بآزمة المثقفين » حيث تحمل الثقافة محل الحياة ، وتحمل المعرفة محل البصيرة ، ونستطيع أن نقول عن الإنسان في هذا المستوى أنه صحيح إذا كان « يتمتع بالراحة ويصرف كيف يرضى نفسه ويسير من حوله ، يقبل الوجود ويتمتع بالممكن ، يذهب إلى عمله ويمارس هواياته وقد يستخط أو يقرأ أو يحاضر ، وهو يزهو بسله ومعرفة .. ويرضى » وهذا المستوى يمارسه عدد أقل من الناس وهو أفضل تطوراً من سابقه .

ثالثاً : أن نرى أقساماً من الدلائل إلى أبعد مدى ، حتى نرى الإنسان بكل تاريخه ومسئوليته وتطوره ، فنحن في هذا الموقف نرى الماضي والمستقبل معا ، ولا نكتفي بالراحة والرضا عند مستوى المعرفة ، بل إن هذه الرؤية قد لا ترجعنا أصلاً بقدر ما تخلق بالنا وتثير كافة إمكانيات الثورة والتغيير فينا ، ويصبح هدف حياتنا أن نطور أنفسنا ونطور الحياة من حولنا في كل مكان وليس مجرد الحصول على اللذة أو التوازن أو اللذة أو القهم ، وقد سميت هذا المستوى « المستوى الانساني » أو « الخالقي » إشارة إلى أن الإنسان يمارس فيه إنسانيته بكل أبعادها ، ويكون هدفه الأول أن يخلق الجديد سواء في نفسه أو في غيره أو في الفن والفكر الأصيل ، وقد رأيت أن هذا المستوى هو غاية تطور الإنسان ككوع والانسان كفرد ، ويكون الانسان صحيحاً في هذا المستوى « إذا أصبح فعالاً للتغيير ، وامتد معنى التكيف عنده إلى الاهتمام بوجوده زمانياً كمرحلة من النوع البشري تصل الماضي بالمستقبل ، ومكانياً كفرد من البشر في كل مكان ، وأصبحت راحته لا تتحقق إلا بأن يساهم طويلاً في

التطور وعرضيا في مشاركة الناس ألامهم ومحاولة حلها بالتخير والعمل الخلاق ،
ولم يخل كل ذلك بحياته اليومية ، ولم ينقص من قدرته على كسب عيشه مثلا أو
تكوين أسرة ورعايتها » وهذا ما يمارسه — للأسف — نادرة من الناس .

* * *

كلهم أصحاء :

وقد رأيت أن هذه الدرجات المتتالية كلها تمثل الصحة النفسية بشكل أو
بآخر ، ولم أعد أسمح لنفسى أن أتهم من يشتم بأى مستوى منها بالمرض ، فكلهم
أصحاء رغم اختلافهم الشاسع ، وبليهى أن الصحة تقاس فى كل مستوى بمدى
تحقيق الأهداف التى أتاحتها درجة الرؤية ، وبليهى كذلك أن هذه المستويات
ليست محدودة وليست منفصلة عن بعضها البعض تماما ، وإنما يمكن اعتبارها المحطات
الرئيسية التى يحقق فيها الإنسان القرد أثناء تطوره درجة كبيرة من التوازن ، أو
أما الصورة الكاملة — نظريا — لكل مرحلة ، أما فى الواقع فنحن نجد درجات
متنوعة من الخلط بين المستويات الثلاث (والتفاصيل فى الملحق) .

معانى الألفاظ :

إلا أنى أحب أن أشير هنا إلى أن مقاييس الصحة النفسية فى كل مستوى هى
التكيف والعمل والرضا ، إلا أن معانيها تختلف ، وترتيبها كذلك ، مما يعنى أن
لكل مستوى مقياسا أساسيا لا بد من أن يتحقق أولا ، وأن سائر المقاييس
تتبعه وتنسب إليه وترتبط به ، وهذه المعانى المختلفة للفظ الواحد تختلف بدورها عن
اللمنى الشائع ، وهذا يتجاوز لنوى اعتراف به ، ولكن ما دام اللفظ أصبح متعدد
المعنى فلا بد أن نحدد استعمال للمعنى حتى نمتنع ألفاظا جديدة توفى بالعرض تفصيلا ،

ولأضرب لذلك مثلاً توضيحياً عن معنى لفظ واحد من الثلاث ، ويكون القياس بعد ذلك سهلاً ، ولا أختر لفظ « العمل » وهو أكثر الألفاظ الثلاثة شيوعاً : فالمعنى المادى لفظ العمل : هو ما يتعلق بالوظيفة الأساسية أو الإنتاج القالب ، وهذا المعنى هو المستعمل في المستوى النقاى — وهو أدنى المستويات — إلا أنى زدت عليه معنى آخر نفس المستوى وهو اقتناء ممتلكات رمزية والتباهى بها ، بكل ما يسبق ذلك من خطوات ولحقتها . ففى حالة « النوات » وأولادهم — وهم حازوا فى مجتمعتنا تحت اسم مختلف — ، وفى طبقة الزوجات العاطلات ، جعلت هذا الاقتناء علماً أساسياً ، فالزوجة العاطل لا بد أن تمل شيئاً ما بعيداً عن سلطات السرى ، فهى تفتنى الرمزيات وتتشغل وتتكاثر بها ، وتثار من مثيلاتها عند الصديقات ، وهكذا تبرز حياتها ، لهذا يمتد معنى العمل فى هذا المستوى إلى هذا النوع من النشاط . أما فى المستوى للمرفى فقد أضفت إلى هذين العنيتين ممارسة هواية أو رياضة (فى حين أن الصريف التقليدى لهذا النشاط يضعه ضمن اللعب) ، أما المستوى الخالى فإن العمل فيه لا بد أن يكون عملاً مغيراً ، وهوى أن الإنسان يخلق ذاته باستمرار ويساعد فى خلق أطفاله أحراراً ، ولا يقتصر على الإبداع الفنى مثلاً ، بل إن هذا الأخير ليس بالضرورة مرادفاً لهذا المستوى من الصحة إلا لحظة الإبداع ، أى أن الحياة فى هذا المستوى هى الإبداع ذاته حيث تكون الحياة فناً ولا يكون الفن بديلاً عن الحياة .

وقد أطلت فى عرض تفسير معنى الكلمة توضيحاً للصعوبة التى تواجهنا ونحن نستعمل الألفاظ ونصوّر أننا أغنيا أنفسنا من التفكير فى معانيها ، مما يترتب عليه هذا الخلط والارتباك مثل ما نحن فيه تجاه الصحة والمرض ..

وأريد أخيراً فى هذا المختصر أن أوضح أساس القرض الذى وضعتة وهو أن

الإنسان يولد وعنده وسائل وإمكانات للحصول على الصحة النفسية على أى مستوى من المستويات الثلاثة ، وأنه تبعاً لقهر المجتمع من ناحية ، وقوة الطاقة التطورية للوجود فى خلايا كل فرد من ناحية أخرى يتحدد المستوى الذى يصل إليه خلال حياته للحصول على التوازن ، أى على الصحة النفسية ، ولكن الفرد الذى يحقق توازنه بالمستوى الأدنى قد يكون عرضة فى أى وقت من الأوقات لرؤية جديدة أو إثارة حادة تخل توازنه ، فيطاول الانتقال إلى مرحلة أرقى بما يصاحب ذلك من أعراض ومخاطر ، وبما أنى هنا أكتفى بمرض سيترى دون تفاصيل هذا المفهوم فأنى أكتفى بهذا السرد السريع معتذرا عن التفاصيل ، ثم أستطرد فى التفكير للسوسع لأبسط للقارىء هذه المفاهيم الواردة فى هذا الفرض حتى لا تضله الألفاظ والمصطلحات فأقول : إنه رغم اعتقادي بأن جميع المستويات تمثل الصحة لأن ذلك لم يمنع جزءاً من عقلى أن يسمى هذه المستويات المتتالية أسماء ساهرة فارصة ، فقد خطر على بالى أن أسميها كالآتي .:

للمستوى الأول : الصحة بالسمى « الحيسى » .

المستوى الثانى : الصحة بالاستمناة العقل ..

المستوى الثالث : الصحة بالتطور الإنسانى .

ثم ألجأت زمام عقلى حتى لا أرجع فى كلامى ، وحتى أحترم كل المستويات ، فلم يهنا ، وعرض على أسماء أخف وإن كانت ساهرة أيضاً فسماها :

المستوى الأول : « أنا لا أرى لا أسمع لا أتكلم » .

المستوى الثانى : « أنا عارف .. لكن .. أنا مبسوط كده أنا مرتاح كده » .

المستوى الثالث : « أنا موجود .. أنا متغير .. أنا أغير » .

وقلت ثانية اللهم أخرك يا عظمى :

وكُتبت للمقال العلمى المنظم المؤيد بالتاريخ والأسماء والأسمانيد (للحقى) -
وهذا ت حيرتى بالنسبة لهذا التساؤل عن الصحة والمرض ، وبذلك اتضحت رؤيتى
لا للصحة والمرض فحسب ، بلى لعدد من المشاكل أجدنى مضطراً لذكر بعضها
فى هذا اللوجز على الوجه التالى :

١ - رأيت أولاً أن الناس يتمتون بدرجات مختلفة من الصحة النفسية ،
ولا أستطيع القول أن هذا أفضل من ذاك ، كطبيب ، لأنى مسئول عن المحافظة على
الصحة أساساً فى كل مستوياتها ، وإن كنت كإنسان أهدف إلى تنمية المستوى
الخالقى وإلى المحافظة عليه ، وكان التعارض بين صفتى كطبيب وصفتى كإنسان
هو من أم معالم حيرتى وخاصة فى مواقف العلاج ، وكان على الطبيب أن يتعامل
بادئه ذى بدء فى أى مستوى من الصحة كان المريض وإلى أى مستوى هو
ذاهب ، وبأى طاقة يحمل وأى إمكانيات متاحة ؟ وهل يقدر ؟ ثم يرسم خطة
العلاج ..

وكان على الانسان - فى داخلى - أن يمتنى للطبيب والمريض التوفيق على
كل حال .

٢ - رأيت الإنسان حين تزداد رؤيته بالصدفة أو بالإثارة من الخارج أو
باندفاع قوة تطوره أثناء التغيرات البيولوجية (فى المراهقة مثلاً) أو حين يقشَل المستوى
الذى يعيش فيه عن تحقيق أغراضه ، أيته نتيجة لأى سبب من هذه الأسباب
فى أزمة حقيقية ، وأحسست أننا نظلله إذا سميناها مرضاً ، فإنما هى « أزمة تطور »
وما هو إلا تأثير على الطريق .. إلا أن يقشَل أو يرتد .. فتسميه حينذاك مريضاً .
وحين قال نجيب محفوظ فى قصته « الشحاذ » ، التى فُت بتجليلها تحليلًا سطحيًا حين كان

فكرى سطحياً، في كتابي «حياتنا والطب النفسى»، حين قال على لسان «عمر» في أزمة تطوره «لا بد من شىء... الشىء أو الموت أو الجنون» إنما كان يعنى بذلك الشىء.. من خلال رؤيتى الآن.. التطور.. إذ لا بد من التطور أو الموت أو الجنون، ذلك التطور الذى رآه في تجربته الصوفية في الصحراء.. رأى عينة منه ثم لم يحظ بعد ذلك به أبداً (راجع «الشحاذ» أو هذه في كتابي «حياتنا.. والطب النفسى» إذا شئت).

٣ - بذلك رفضت أن أساوى بين من يرفض ليرتقى ويكمل تطوره، وبين من يهزم على الطريق ويحطم أو يتكسر إلى مستوى أدنى، وبذلك يصبح من يأتى للاستشارة واحداً يعانى «أزمة تطور» وآخر «مرضى»، وفي الفصل الخامس بالعلاج سوف أرجع لبعض هذا الحديث.

٤ - رأيت لماذا يتميز الطفل بالقدرة على الخلق أكثر من غالبية الناضجين، ذلك لأن الناضج - فى الغالبية العظمى - يلجأ تحت تأثير المجتمع إلى تنمية المستوى الدفاعى أو المرفى على حساب المستوى الخلاق، فيقضى بذلك على الإمكانيات القطرية الخالقة طلباً للسلامة، واحترمت اتجاهات تنمية الفكر الخلاق عند الأطفال بكل الوسائل ولو على حساب التكيف والتشكل.

٥ - عرفت الفرق بين الفن كبديل عن الحياة، وبين الحياة كفن، صلبها وتاجها العمل المفسر.. الذى بعض صوره الإبداع الفنى المعروف.

٦ - رأيت سخط اهتمام التحليليين التقليديين بالمستوى المرفى على حساب ما بعد ذلك.. وإن ادّعوا غير ذلك، وإن انطلق المحدثون منهم إلى آفاق إنسانية أبعد وأرق.. إلا أنهم ما زالوا يهتمون بـ «لماذا» أكثر من «إلى أين» والـ «أين» ليس هو التعويض الذى تحدثت عنه «أدلر»، وإنما هو التطور الانسانى الخلاق.

كانت هذه حيرتى أمام هذا السؤال القديم « من هو الصحيح نفسياً ومن هو المريض » ، وكانت هذه محاولتى للإجابة عنه ، تلك المحاولات التى أصبحت بعد ذلك جزءاً من كل متكامل .. هو ما أهد له فى هذا الحديث .

وأخيراً ، فإنى أكرر اعتذارى عما ورد فى هذا الجزء من إجمال (لمن لن يقرأ الملحق) وعما ورد فيه من تكرار (لمن سيقراً الملحق) وقد شرحت وجهة نظرى على كل حال ... فليقبل القارىء عذرى ، أو ليمن سنخى إن شاء .

الفصل الثاني

الوشم بالتشخيص

- المياه قسيرة ...
- الطريق طويل ...
- القرمصة لا تختفئ ...
- الحبرة تحتل الصواب والخطأ ...
- الحكم على الأمور صعب ...

« أبو تراب »

منذ بدأ اشتغالى بهذا الفرع من الطب ، وأنا أجذبى ألتقى بالإنسان المريض دون التوصل فى أعراضه ، أفهمه وأساعده وأحبه دون أن ألزمه نفسى بتسمية ما يعانى أسماء خاصة ، ولكنى فى كل حال كنت أضطر إلى ذلك من باب الروتين مرة ، ومن باب الخوف من الرؤساء مرة ، ومن أجل ملء الخانات لتغذية الوحش الإحصائى مرة ثالثة ، وكان ذلك يحدد الأمور بشكل ما . .

وتصير ثلثة . .

ولكن - للأمانة - أقر وأعترف أنى كنت ضعيفا فى هذا المجال جدا ، وحتى الآن ، كنت لا أستطيع فى معظم الأحيان أن أترجم أقوال المريض ومشاعره إلى أعراض ، ولعلنى بنقطة الضعف تلك حاولت ، فى على الخاص فيما بعد . أن أضع فى ورقة المشاهدة الخاصة بالمريض هامشا طويلا يحوار الكلام التى أكتبه من المريض مسترسلا ، حتى أعوم فأترجم فى الهامش كلامه عرضا بمرض وألزم نفسى بذلك ، وأكتشف بعد سنوات أن هذا الهامش ظل أبيض من غير سوء فى غالبية أوراقى ، وقد حسبت أن ذلك جميعه قصص فى مرأى أو خبرتى وقد كانت ناقصة فضلا . وبما زالت ولكنى استمرت فى ممارسة المهنة بنجاح نسبى - حتى تاريخه على الأقل - وكانت مشكلة تحديد الأعراض تزداد معى لا تنقص . .

وصاحبت مشكلة تحديد الأعراض مشكلة ألين هى تصنيف الأعراض إلى « أمراض » .

وكان أستاذى الدكتور عبدالعزيز عسكر يعلنا صارا أننا لا نشخص المريض عند الدخول إلى المستشفى وإنما عند الخروج أوحى به الخروج أوحى . . أبدأ وأن تشير التشخيص ليس عيبا فترعنا ، بل ربما هو ميزة إذ أنه يبنى أن الإنسان مسلما كان أم مريضا - كيان متغير باستمرار ، وقد كنت أشك فى ذلك الوقت أن أستاذى

يطيب خاطري ويهون عليّ حتى لا يفجئني في تشخيص خاطئ... ولكنني بعد أن واصلت السعي قرابة خمس عشرة سنة وجدتها هي هي مشكلة الشاكل « التشخيص » .

الحالات البين بين :

ويكفي في هذا المجال أن نعلم أن الحالات الـ « بين بين » Border-line cases تمثل في كثير من العيادات - وخاصة عيادات المراهقين - أربعين إلى ستين في المائة من الحالات ، وكلمة « بين بين » تعني الحالات التي تقع بين المصاب والذهان (والمصاب هو ما يطلق عليه الناس الأمراض النفسية ، والذهان هو ما يطلقون عليه الأمراض العقلية ، وهذه فرقة لها شأن آخر سوف يقضى عليها حتما ليحل محلها ما هو أبقى وأكثر ضما ...) .

ويكفي أن نعلم أيضا أنه ثبت أن حوالي ١/٤ الحالات التي تتردد على العيادة النفسية في أكثر من مركز من مراكز العالم تحمل تشخيص « مالميس كذلك » يعني « مريض نفسي آخر غير مشخص » ، ونحن لا نستعمل هنا هذا التصنيف بنفس الشجاعة ونفس النسبة ، ربما لأننا أكثر علما وأكثر دقة (١١) .

١ أنا عندي « إيه » يا دكتور ؟ :

وكانت مشكلة التشخيص تلح عليّ بحدة أكثر في المحاورة مع الأصدقاء المرضى حين يسألني أحدهم « أنا عندي إيه يا دكتور ؟ » وأحتر في الرد ، ويظن أنني أخفي الاسم لأن ما عنده مريض خطير ليس كمثل شيء ، وأجذني أقول « أنت إنسان تاني ... أما الأسماء قلن تقدم ولن تؤخر » .

وفي مرة جاءني صديق صاحبه على الطريق سنوات ، ثم حدثت بيننا فرقة

مؤقتة في المكان والعلاقة ، وبدأ يرعاه زميل آخر في مكان جيد عني ، جاءني هذا الصديق المريض في يوم ما يطلب تقريراً عن حالته ، وسأفته : ماذا أكتب لك ، وماذا سيفهم زميلنا من رحلتنا مما طوال سنوات من خلال مطور أو أفاظ مملودة ؟ هل أكتب له تشخيصاً يرجع إليه في كتبه ليمرّك أكثر أم يجهلك أكثر ؟ هاأنتذا أمامه ، أنا لا أعرف بالنسبة لك لا تشخيصاً ولا إسماعير إسمك ، بل حتى إسمك قد لا يعني جوهرك ، فلنحدد الهدف من التقرير ثم نضام ، ومع ذلك ، ولظروف مهنية وأدبية وجدتني ملزماً بأن أكتب تقريراً كان هذا نصه « فلان إنسان يسأل . . . وهو يقاوم الموت والضياغ بكل ما أوتى الإنسان من خير وشر » واعتبرت ذلك تشخيصه فلان . . . وأخذت أسأل : ماذا تنفع التشخيصات إذا وصلت العلاقة بين المريض والطبيب هذه الدرجة من القهم ؟

وهذا السؤال « أنا عندي إيه يا دكتور ؟ » سؤال له مبرراته في المعاملات الرسمية والتقارير ، ولكنه كثيراً ما تكون له خطورته في غير ذلك ، لأن عديداً من المرضى يتخذونه وسيلة للهرب ، يعلقون الالفة فيستشرون الرض ، لأن المريض يستحيض عن ذاته بهذا التشخيص أو ذاك ، وكأنه وضع الحاجز بينه وبين الطبيب يحتمى وراءه من الشفاء ، بل كأنه خلق عن نفسه مسؤولية الحياة السليمة ، وهي مسؤولية عظيمة ولكنها - لأمر ما - صعبة .



وقد صاحبتني هذه المشكلة - مشكلة التشخيص - منذ أول ممارستي لهذه المهنة ، وربما كان الذي غذّاها منذ البداية هو صدق أستاذي الدكتور عبد العزيز عسكر وعلمه ، فكم من مناسبة يقف فيها محتاراً أمام مريض ما ، يقول ربما

كان هذا التلق ليس مجرد « تلقى » ، أو ربما أخفى « الاكتئاب » وراءه فصاما ، وكانت « ربما » هذه تؤمننى إلى درجة الصدق الذى أسمه ، وتورقنى مع مزيد من التساؤلات التى تدور فى عقلى .

الحكمة :

و كنت بعد ذلك فى الاجتماعات العلمية بقسم الأمراض النفسية بكلية الطب . قصر المبنى ؛ من أنصار تشخيص ييدوغربيا نوعا ما هو الذهان الكامن Latent Psychosis أو « القسام الكامن » Latent Schizophrenia وكان أغلب زملائى يهاجوننى لتلك أشد الهجوم . . . لأن الشئ الكامن ليس ظاهراً ، فكيف يصبح تشخيصا . . . فما علينا إلا أن نتظر حتى يظهر ، وكنت أجيّب وأنساءل فى نفس الوقت « وإلى أن يظهر . . . هل نأجله على أنه حالقلى عادية مثلا لجرد أن ظاهرها هو التلق ؟ » ويقول بعضهم « نعم .. حتى يثبت بالدليل القاطع والبرهان الساطع أنه فصام أو ذهان مما تدعى » وكنت أرفض أن نتظر الدليل القاطع والبرهان الساطع وكأننا فى محكمة ، وكنت فى نفس الوقت أتمس المذر زملائى الذين تعودوا على التحديد من دراساتهم الطبية دون تنمية القدرات الحدسية لقهم الإنسان كإنسان له أبعاده العميقة (ولا أعنى بأبعاده العميقة مجرد اللاشعور القويدي بل تمتد الأعماق إلى أجدادنايين الطحالب مثل فكر يونج - مع التحفظ -) .

لم أكن أستطيع أن أصورأبدا أنه يمكن تجزئة الانسان إلى قطع فاسدقواخرى سليمة ، ثم نجح القطع الفاسدة بجوار بعضها البعض والقطع السليمة بجوار بعضها البعض ، ثم نرى القطع الفاسدة أقرب ما تكون إلى أى الأشكال التى اعتدنا رؤيتها ، ثم نطلق عليها اسم « كذا » ويهدأ تورقنا بعد أن نصل لى غاية المراد من

رب العباد . . . هذا مستحيل ، وهذه الطريقة التي رفضتها منذ البداية هي نفس الاعتراضات التي أثارها مدارس الفلسفة الظاهرية Phenomenological والوجودية Existential في وجه الطب النفسي التقليدي ، ولكنني عشت التجربة قبل أن أعرف كل ذلك .

وكان منظرنا ونحن نقد الاجتماعات العلمية لفحص حالة ومناقشة الصعوبات التي قابلنا ومحاولة الاتفاق على تشخيص ، ثم علاج ، يشعرني أحيانا أننا في ساحة محكمة ، وأن وكيل النيابة « الزميل الذي يقدم الحالة » يقرأ اعترافات اللتهم « المريض » ، وتضخم الصورة في خيالي ، فأزيد عليها من التوش ما يحسبها مسرحية قضائية ، نسأل الزميل (وكيل النيابة) :

— هل قال المريض (اللتهم) كذا ؟

فيقول :

— نعم قال .

فتسأله .

— هل سمعته أنت شخصياً بأذنك يقول هذا « بضلة » لسانه ؟

فيقول :

— أي والله أنا أقول الحق ولا شيء غيره .

ثم تأتي بعد ذلك أقوال الشهود لتؤيد أو لتنتق كلامه (ونسيهم في الطب النفسي « الراقق » وأحيانا « المبلغ » (١١)

وينصب اهتمامنا جميعا على ترجمة الأقوال إلى أعراض ، والأعراض إلى

أمراض ثم يخرج التهم ، وترفع الجلسة للدلالة ، وتحصى المناقشة ، وأحيانا يؤخذ رأى المحققين (طلبة الدراسات العليا والزملاء الأصغر) ويصدر الحكم بتطبيق لائحة « كذا » على قضا المريض أو على وجهه .

ثم أفيق من خيالي قليلا ونحن نكتب التشخيص على أوراقه ، وقد يصدر الحكم مع النفاذ . . . فيبدأ المريض في العلاج تيمناً لما هو مكتوب على قفاه - أعني في أوراقه - وقد يؤخذ بالأرفة فتؤخذ أعراضه في الاعتبار - وقد يصدر الحكم مع وقف التنفيذ حيث يكون التشخيص غير نهائى . . . وليس علينا إلا أن ننظر .

وأفيق من خيالي لأن ما يحدث في العلاج كان يسير في اتجاه طيب بالرغم من التشخيص ، إذأ لماذا التشخيص ؟ بل لقد بلغ الأمر بزميل عالم أنه كان يشخص الحالة بملابها ، يعنى يقول هذه « هستيريا عادية » وتلك « هستيريا ستيلازينية » أى التى تصالج بقمار اسمه ستيلازين مثلاً ، وكان يقولها من باب الفكاهة ، ولكن المعنى وراءها ليس فكاهياً بحال ، لأن القمار الأخير يعالج الذهان ، وكان هذا النوع أقرب إلى الذهان ، وكأن مجرد التشخيص قاصر عن توجيه العلاج ، وعموماً وللاطمئنان فإن العلاج عادة يسير حسب « حيثيات الحكم » وليس حسب منطوقه ، إذأ . . . ما جدوى التشخيص ؟ ربما خلقت لنة مشتركة ، ورغم أن الرديبدو بريثا إلا أننا فى الواقع العملى نجد أن طريقة الدراسة وطريقة التفكير وطريقة المناقشة تركز تماماً - رضينا أم لم نرض - على التشخيص حتى يصبح فى النهاية هو مركز الاهتمام ويحل محل كل عبق آخر ، هذه حقيقة ظلمتنا بها طريقة تربيتنا وتركيب تفكيرنا ، والتشخيص يؤثر لا محالة فى الصورة التى تطبع فى الأذهان ، وفى توقع شفاء المريض ، وفى سير العلاج وخصوصاً

في الحالات الكامنة .

والشهادة لله أني كنت أخسر المارك الكلامية في تشخيص ما هو «كامن»
لأنه «كامن» ولأننا ليس عندنا القدرة على رؤية هذا الكامن، ولكن خسارتي
للمارك الكلامية لم تغير نظرتي أبداً لهذا الإنسان الـ « بين بين » ، ولا هزت
إحساسي بنوع معاناته وعمق مشكلته . . كنت أحس بها أعماق من مجرد القلق
الصراعي ، ومحاولة التغلب عليه ، كنت أحس أن هذا الاضطراب الكامن
يخلق بمشكلة وجود المريض ذاته وليس بطريقة تكيفه ، وكان كل الزملاء
يحدثون عن هذا الشعور الحائر بصورة أو بأخرى :

« هذه حالة قلق . . . ولكن . . . »

« لا بد من القول بأن هناك شيئاً ما . . . أخطر »

« ما علينا إلا أن ننتظر . . . ربما يتبين الأمر فيما بعد » إلى آخر هذه

التعليقات الصادقة .

ضد الطب النفسي :

وقد كانت هذه المشكلة التي مثلت لي حيرة شخصية هي مشكلة للشاكل في
الطب النفسي على كل المستويات ، ولعل أول من أشار إلى عدم أهمية التشخيص
هو هنريك نيومان Heinrich Neumann سنة ١٨٩٠ الذي أعلن أن الطب
النفسي لن يتقدم إلا بإلقاء كل التشخيصات جانبا ، ثم ألمح إلى ذلك
كارل ياسبرز Karl Jaspers ، ثم تمثلت هذه الفكرة في كثير من الأفكار
الحديثة وخاصة من مدارس الظواهريين والوجوديين ، مثل كتابات لانج Laing
وكوبر Cooper القاسية الصريحة ، وكل الكتابات التي تنشر في أمانة وثورة
تحت عنوان « ضد الطب النفسي » Antipsychiatry تتجه إلى تحطيم هذا
الصنم ، وكل من مارس الطب النفسي بأمانة اجتاحتها رغبة في يوم ما أن يحطم

هذا الصنف ، ولكن التحطيم وحده لا يفي شيئاً بل قد يزيد الأمر تعقيداً .
وأنا لا أتناول هذا الموضوع بأسلوب البحث العلمي وإنما بتاريخ تطور
فكرى ، وإن كانت هذه المشكلة قد مثلت شغلى الشاغل من أول ما بدأت
التفكير فى شيء اسمه البحث العلمى ، قد كانت بعض موضوع رسالتى للحصول
على درجة الدكتوراه فى الطب الباطنى فرع الأمراض النفسية ، إذ كان الدافع
الأساسى لاختيار موضوع البحث هو إزاحة الستار عن هذه الحالات السكامة .

الطرق المساعدة والبديلة :

وكانت هناك طرق تساعد على التشخيص منها « التشخيص بالإشارة » أى
أننا نثير الأعراض السكامة ببعض المقايير حتى تكتمل الرؤية ، ومنها التشخيص
بمساعدة « الأقيسة النفسية للشخصية » ، وقد كان يحثى عبارة عن تزاوج بين
هاتين الطريقتين للوصول إلى حل . . .

ولم أصل إلى حل . . . بل زاد شكى وقلقى ، فالاختبار الذى استعملته وهو
اختبار الشخصية المتعدد الأوجه فشل أن يصبح مساعداً على التشخيص بل إن
فشله قد ألجأ بعض المشتغلين به أن يرمزوا برموزه بديلاً عن التشخيص ، فبدل
أن يقل فلان عنده فصام مثلاً يقال فلان رمزه ٢٩٠٧ . . . الخ ، وهذه عينة
تدل على الحيرة البالغة تجاه هذا الأمر الذى يحسبه الناس من البدهيات .

وخرجت من البحث بكثير من علامات الاستفهام ، وعندنا فى الطب
وأثناء التحضير لهذه الشهادة تكون قيمة البحث فى مجرد السماح بالدخول
لامتحان الشهادة ، وهو امتحان عجيب رهيب والبياز بالله ، ولكن البحث
فى حد ذاته - بالمقارنة بالكليات والأقسام النظرية - ليس كافياً للحصول على

الدكتوراه ، وخرج البحث بالجدول والأرقام ودخلت الامتحان وحصلت على شهادة مزركمة (كما يقولون فانا لم أستلمها حتى الآن ولن أفعل) وكل ما استفدته من هذه الخبرة هو أن المريض حين يتعرض بالعقار الذى كنت أستعمله للآثاره يصبح أقرب إلى .. وبالتالي تمرن حوامسى على القيم أكثر ، كان هذا كل ما فى الأمر ، أما نتائج هذا البحث فلم تقدم ولم تؤخر فى علمى شيئا (كما سيرد ذكره) إلا أنى ازددت علما .. بحيل ..

وحين بدأت الممارسة على نطاق أوسع لمدة سنوات فى علمى الخاص ، وكنت أقابل شخصا مميزا أو فنانا كنت أحجل وأتردد فى أن أضع له تشخيصا وأحس أن هذا « وشم » سخيف لا معنى له .. ورغم هذا كله قد كنت أفترض أننا نقص فى قدراتى أنا شخصا لسبب أو لآخر .

فى الخارج :

ولكن مرت الأيام وقرأت ومارست وبجئت ، ولم يشف غليلي شيء ، وقلت لابد أن هذا النقص لأننى لم أسافر بلاد برّ ، ولكن ها هو ذا أستاذى الأمين الذى سافر وصبر وصابر ما زال يمارس مثل حيرتى ، ولكن .. ربما كان الحل ما زال فى بلاد بره .. ، وخاصة أن بعض زملائى الذين عادوا من بلاد الانجليز كانوا أكثر تحديدا .. وإن كانوا أقل تجديدا .. وبالتالي أكثر علما ، وأقل حيرة .

ثم سافرت فى مهمتى العلمية إلى فرنسا ، وكان برنامجى لحسن الحظ برنامجا حرافى بلد حر ، وفى باريس فى مستشفى سانت آن (أكبر المستشفيات النفسية

وسط باريس) أمضيت أغلب مهمتى ، وكان أعظم ما فى هذه البلاد هو الحرية ، ليس فى مظاهر الحياة فحسب ، ولكن فى طريقة التفكير وأصاليته ، وكان هذا المستشفى يوضحه الجغرافى والتاريخى ملتحق المدارس المختلفة للطب النفسى ، وكنت أحس أنى فى سوق عكاظ ، يأتى كل صاحب مدرسة فى يوم محدد فى نفس القاعة أو ما يجاورها ، ويأتى إليه مريدوه تلوها ، ويلقى وجهة نظره بحماس أو بحيز أو بهجوم مضاد . . « هو حر » ، ثم فى اليوم التالى يأتى فى نفس المكان صاحب مدرسة أخرى بمريديه أيضا ... وتكرر القصة ، وأهم ما فى الأمر أن هذه الحرية العلمية والحلقات الدراسية لم يكن لها ارتباط ببرنامج دراسى معين أو بامتحان يهدد أو بشهادة تعطى أو تؤخذ أو حتى بالجامعة ، فرغم وجود القسم الجامعى فى نفس هذا المستشفى العام إلا أن النشاط العلمى الحر كان أكثر غنى وأرحب ساحة من الاقتصار على الجامعة ونشاطها المحدود .

وكان مشكلة التشخيص كانت تتعظرنى ، فقد نظم لنا الأستاذ الدكتور بيشو P. Pichot أستاذ كرسى علم النفس الاكلينيكي بكلية الطب جامعة بلاليس (وهو طبيب يمارس أساسا الطب النفسى من على كرسى علم النفس ، ولهم وجود كرامى « كفاية » .. ، نفس القصة (١) . ولكنه كان مهتما اهتماما خاصا بالأقيسة النفسية) . . أقول نظم لنا - نحن الأجانب من العالم الثالث أساسا (واليابان يضعونها فى العالم الثالث ١) محاضرات عن وجهة النظر الفرنسية فى تشخيص وتقسيم الأمراض النفسية ، وكانت وجهة نظر حرة فعلا ، اقتضت بكثير منها ، ورفضت أكثر ، وكنت حين أناقش الأستاذ بيشو فى بعض التشخيصات التى لا يمكن الجزم بها إلا بعد شفاء المريض ، وكأنا فلان

« تشخيص المريض بأثر رجعي » كان يخرج الهواء من بين شفتيه على طريقة القرنسيين ويرفع حاجبيه ... و ... فقط .

وكان أعجب ما في هذه الحرية وأجمل ما في هذا العلم هو الاعتراف بالقصور، وبدأت أطمئن على أن قصوري ليس قصورا وجيلا شخصيا بحتا . - وكان هناك من الاختلافات بين المدرسة القرنسية والمدرسة الأنجلو سكسونية (الانجليز والأمريكان) مون شاسع في بعض النواحي ، ولما كان تعليمي على الطريقة الانجليزية وطبعي أميل إلى طباع الشرق الأبيض المتوسط فقد وجدت عند القرنسيين شيئا يخرجني من قيود التشخيص المتحجر . .

الأسلوبية في التشخيص :

وقد حاول الأستاذ يشو ذو الاهتمامات الاحصائية والعقل المنظم بالحساب ، أن يستخدم عقله الالكتروني ويبحث في مشكلة التشخيص ، فيرسل مجموعة من الأعراض إلى بضعة مئات من أطباء النفس في أمريكا وفرنسا وألمانيا وغيرها ، ويسألهم أسئلة محددة عن أى من هذه الأعراض تصف التشخيص القلاني عندهم ، ثم يحاول أن يربط بين استجاباتهم وسمى ذلك « الأسلوبية في التشخيص » Stereotypy in Diagnosis في مختلف البلاد نسبة إلى أن التشخيصات ترجع إلى أسلوب آلي محدد يحكمه تنظيم معين في العقل ، وقد خرج بنتائج عامة تشير إلى أن الأطباء في كل بلد يكادون يعتقدون في جميع الأعراض في مجموعات ، ولكن اختلافهم هو في الأسماء التي يطلقونها على كل مجموعة ، وقد أفاد ذلك في إمكان المقارنة بين مجموعات الأطباء في البلاد المختلفة ، فإذا قال طبيب أمريكي على مريض أن عنده « فصام ضلالي Paranoid Schizophrenia » فإن ذلك يعني عند القرنسي « مرض الضلال المزمن Delire chronique » وعند الألماني

« كذا .. وهكذا ، وكأنه ينبغي أن توجد شفرة للترجمة من مجموعة لأخرى ومن بلد لآخر . ولم أكف عن التساؤلات ، لأنه إذا كان ذلك كذلك .. فلماذا لا يتفقون ؟ وهل يمثل هؤلاء الأطباء الذين أجرى عليهم البحث بالمراسلة مفاهيم الطب النفس الحديث ؟ وحتى لو كان تمثيلا للأغلبية .. فهل الأغلبية على صواب ؟ وما شأن رأى الأقلية ؟ ..

وحاولت أن أحضر المدارس الأخرى التحليلية لأحتدى فحضرت للأستاذ الدكتور « لا كان » الذى كان يحضر مع مريديه إلى سوق عكاظ (نفس المستشفى : سانت آن) بنفس الطريقة التى أشرت إليها ، ثم انتظمت فى مشاهدات تليفزيونية فى عيادة تحليلية للأطفال والمراهقين مع الأستاذين الدكتورين حياتكين ، وليبوفسى (وعلى فكرة ، نشاطهم تابع لوزارة الشؤون الاجتماعية وليس الصحة ، والحضور ليس قاصرا على الأطباء ، ولكنه للأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والمدرسين والمهتمين بالتربية وغيرهم) وكنت مع هؤلاء وأولئك التحليليين أعجب أشد العجب من العمق الذى يصلون إليه فى فهم النفس ، ووضعهم التشخيص جانبا ، ولكنى اغتاض أشد الغيظ من الحظر الكيميائى على العلاج ، وكأننا فعلا فى سلسلة تليفزيونية ، وليس أمام إنسان من لحم ودم وكيمياء ونفس ومشاعر ..

المهم ، رحمتى رحلتى إلى فرنسا من الشعور بالنقص واتهام عقلى بالقصور . وأحسست فى رحاب الحرية الفرنسية أنى أستطيع أن أرفض وأن أحتج وأن أفكر ، وتيقنت من أن الفرنسيين والألمان كانوا دائما أصحاب أغلب الأفكار الأصلية ، وأن الانجليز ، وحتى بعض الأمريكان الذين أخرجوا شيئا جديدا كانوا من أصل ألمانى .. وشعرت بالسجن الذى نسجن أنفسنا خلفه ونحن محبس

فكرنا وراء أسوار المدرسة الإنجليزية تطلبا ومتابعة للبحث العلمى ...

التهنم العضوى :

وكان أكبر من أثرى هو من اعتبرته أعظم الأطباء النفسين المعاصرين فى فرنسا - وكثيرون يمترونه كذلك - وهو هنرى إى Henry Ey الذى حاول أولا مع أستاذه الدكتور هنرى كلود أن يزواج بين ترتيب الأمراض النفسية والجهاز المصبى تزواجا ديناميكيا ، مهاجا بذلك المفهوم الميكانيكى الذى يتصوره أطباء الأعصاب ، ذلك المفهوم الذى حل بين هذا التزواج ودحا من الزمن ، وكانت مدرسته تقول أن الجهاز المصبى عدة مستويات بعضها فوق بعض تطوريا ، فإذا فشل المستوى الأعلى (الذى يمتبر كلاما يستر فى الأحوال العادية) أثير المستوى الذى يليه والأقل تطورا . . وهكذا .

وكانت شخصية الدكتور « إى » وقوته العلمية وعمقه الفلسفى أبلغ ما أثر فى نفسى رغم أنى كنت أساسا ملحقا بخدمة الأستاذ الدكتور « جان ديليه » الذى قام بالانقلاب السيكوفارماكولوجى الرهيب فى علاج الأمراض النفسية باكتشافه عقار اللارجاكتيل الذى لا يقل أهمية عن اكتشاف البنسلين أو الكورتيزون فى الطب الجسمى ، إلا أنى اهتزرت أمام أبعاد « إى » الانسانية أكثر وخاصة بالنسبة للتهنم التطورى للجهاز المصبى ؛ وهذا التهنم هو الذى ساعدنى بعد ذلك على حل هذه المشكلة التشخيصية .

وقد كان التزواج بين هنرى إى وجان ديليه هو الذى أوحى لى بعد ذلك بالتهنم الديناميكى الأنثروبولوجى للأمراض النفسية .

محاولة محلية :

وفى الشهور الأخيرة كلفت مع بعض الزملاء من قبل الجمعية المصرية للطب

النفسي باعداد مشروع مبدئى للأمراض النفسية حتى يتكلم المشتغلون بهذا الفرع من الأطباء النفسيين بمصر لغة واحدة ، وكأن المشكلة كانت تنطرنى ، وبعد شهور طويلة من مراجعة التقسيم الدولى للأمراض وسائر التقسيمات الأخرى فى فرنسا وأمريكا وإنجلترا وغيرها ، وبعد وضع المشروع ومناقشته فى اللجنة العلمية للجمعية مناقشات فيها من التورق والتجديد ما طمأننى إلى صحة اعتقادى بالحاجة إلى ثورة كاملة ، وبعد محاولتنا تطوير التقسيم العالمى للأمراض النفسية بما فيها من قطب ضعف جاءت نتيجة اجتماع مجاميع عالمية غير متجانسة ، بكل هذا وضعنا مشروع التقسيم الذى قبل بصفة مبدئية وحاولنا فيه أن نلقى الضوء على معظم مناطق الظلال ، ولا أنكر أنى تخالفت فى حدود ما تسمح به الأمانة العلمية وعلى قدر ما سمح لى به أصلى الفلاحى أن أختاب ، حتى أذيب بعض الثلوج ، الأنجلوسكسونية التى تحيط بفكرنا ، ولكن الحاجة الملحة للتجديد والتحديد ، وبما تصورت ظهرت فى المناقشات التى تمت حول هذا المشروع

إذا فاللوضوع ليس مشكلة خاصة بى وإنما هو فضلا مشكلة الطب النفسى . ومع كل ذلك . . فلم يته هذا التقسيم المصرى حيرتى ، فمازلنا فيه ملتزمين بشئ اسمه العصاب وآخر اسمه الذهان ، وتقسيم وصفى للأمراض بما لا بد أن ينتهى بالثورة القادمة . ولكنى أعتبره خطوة هائلة على الطريق .

مشاكل عملية :

على أن القارىء غير المتخصص ربما لا يهتم بكل هذه المشاكل العلمية البحتة وتطور حيرتى لإزاءها بقدر ما يتساءل : لماذا مريض هو من هذه الاختلافات الجوهرية حول أبسط الأمور وهى « اسم المرض وطبيعته » ؟

والحقيقة أن الذى دعانى أن أكتب كل هذه التفاصيل والقصص تسلسليا هو أن للشاكل التطبيقية التى تهم كل مريض وكل إنسان يتصادف أن يحتاج لخطة الطب النفسى حادة وملحة وخطيرة فى نفس الوقت ، فإن عدم الاتفاق على تشخيص من ناحية ، والاهتمام الزائد بقيمة التشخيص من ناحية أخرى كانا يمثلان فى صعوبات لم أستطع أن أقلب عليها حتى الآن ، وليشاركنا الناس فيها حتى نحلها ، فهم كما قلت من الأول : أصحاب المصلحة ، كما أن مضاعفات هذه المشكلة تظهر بشكل قاسٍ ومرير فى كل المجالات ومثال ذلك مجال الخدمة العسكرية ، ولأن التشخيص ليس لمقاسات بالقلم والسطرة فكل شئ جازء ، ويبدو أن النظم والقوانين كانت تمهد من حركة زملائنا بالقوات المسلحة مما يزيد شكهم وحرصهم ويحبطهم يفضلون مبدأ « السلامة أولا » وأعنى بذلك سلامة الاجراءات وليس سلامة المريض ولا سلامة الجيش ، وأحسب أحيانا - فى ظل اللوائح - أن عندهم حذرهم ، والذى يده فى النار غير الذى يده فى الماء كما يقولون ، وكانت المشكلة تصل عندى إلى درجة فظيمة من الاحتجاج تجملنى أثور على نفسى وعلى زملائى وعلى فرعى ونحن نقف مكتوفى الأيدى والعقل بين المتصنعين والمتصدعين من المرضى والأسوياء . لماذا ؟ ووصل الحال مرة أن مريضاً فصامياً يعالج عندى منذ أربع سنين ، وحالته تصرخ وتقول « أنا هو الجنون بينه » قبل فى الجيش على أنه لائق ، وأكتب التقرير تلو التقرير وأصف الأعراض بالتفصيل متجنباً التشخيص وأقول « أنه يكلم المصافير فى أوكارها » . ولكنه كان لاثقاً سلباً معانى لقصور اللوائح على أحسن القروض ، وبعد عدة شهور حين ثبت - ربما بشهادة الظير - أنه يعرف لغة الطير فى أوكارها ، بدأت إجراءات الفصل التى استغرقت تسعة أشهر بالتمام خرج بعدها صديقى

المرضى وقد تمزق تماماً . لا أمل في أن أجمع أشلاءه بعد ما كان ، وحين كنت أعابل زملائى بالقوات المسلحة وأصبح فيهم وفي نفسى « ماذا تعلمون - وفعل - بالناس . . ؟ » يقولون فى ألم ليس أقل مما أشعر به « ماذا يفعل القانون بنا . . وبالناس ؟ » وأحول غيظى إلى قصور فرع الطب النفسى الذى يقف عاجزاً أمام الضغط والربط . . لأن التشخيص صعب ، أو مستحيل إلا بعد شهور وشهور . . ، وليكلم المرضى الطير أو يصادقوا الحيات . . فهذا شئ آخر ، المهم هو الوصول للتشخيص ، وأن يكون محددًا بالكلمات وأن تكون ذات الكلمات موجودة فى اللوائح (وليست كلمات مشابهة) . . ، وحين قلت فى أول حديثى عن مشكلة التشخيص أنه فى كثير من الأحيان يكون الهدف الأول والأخير من الفحص ، كنت أعنى مثل هذه الحالات ، وحتى تصير اللياقة فى الجيش من علمها مرتبطة بأسئلة أخرى بعيدة عن التشخيص فسوف أظل قلقاً محترراً بالنسبة لهذا الموقف وأمثاله ، فخليق بنا أن نسأل أسئلة أخرى بعيدة عن التشخيص مثل « ماذا يفيد هذا الشخص القوات المسلحة » ، « وماذا تفيد القوات المسلحة هذا الشخص ؟ » « ماذا يضر وجود هذا الشخص بالقوات المسلحة ؟ » « وماذا يضر هذا الشخص وجودها ؟ » إلى آخر هذه الأمثلة المنطقية ، واتى لا بد لنسألها أن نتحرر من سجن الأكليشيات أولاً .

هذا مثل واحد يشير إلى كيف يمكن أن يكون سجن التشخيص خطراً على الناس وحياتهم ، وعلى صحة المؤسسات الحربية والانتاجية ، وليس فقط مسألة علمية « فيها نظر »

والأمثلة غير ذلك صادرة فى مجال الشهادات المرضية ، ومجال الخدمة الطبية للعالم ومجال القضاء ، ومجال حجز للصاين بالأمراض العقلية بحكم القانون

وأغلب المجالات التطبيقية الإدارية والشرعية التي تصل بممارسة
الطب النفسى .

إذا فخرنى إزاء مشكلة التشخيص كانت وما زالت حيرة علمية وتطبيقية
فى نفس الوقت فالألفاظ لا تعدو أن تكون وشما للناس بالرموز ، والعلم
لا يحدد لى معانى الكلمات بالتفصيل ، وحتى إذا حدها فإنها تصبح
بالتقادم صفا .. إلما يُعبد ، وليس إلما يفوررحم ، ونسى دائماً أننا نحن الذين
مصنعناه .

وأقول أن هذه هى طبيعة العلم بصفة عامة ، وأن هذه هى مرحلة تطوره ،
وعلمنا بصفة خاصة ما زال يحبو ، فلأرض بما هو قائم وأمرى إلى الله .

ولكن المشكلة عندى ليست فى الرضى والتسليم بمرحلة التطور العلمى الذى
يعيشه فرع اختصاصى ، بل هى أصعب من ذلك ، فإن عملية التشخيص بالصورة
القائمة تباعد بينى وبين الأصدقاء المرضى ، إنها عملية تشوه إنسانية الإنسان وقلبه
من « مجموعة مشاعر ذات كيان » إلى « مجموعة أعراض ذات اسم » ومهما قلنا
أنها غير ذات أهمية إلا أن طريقة ممارستنا الطب النفسى تعطىها الأهمية الأولى ..
وأحيانا الأهمية . إن الاهتمام الزائد بمنطوق كلمات المريض وأقواله وأقوال
الشهود يحملنا تقع فى نفس الخطأ الذى نضيه على زملائنا الأطباء فى القروع
الأخرى حين قول أنهم تهتمون بالأعضاء دون الإنسان ، لأننا أيضا - بهذه
الطريقة - نهتم بالكلمات دون الانسان .. أو بمعنى آخر :

إننا نسجن المريض وراء ألفاظه .

إننا نبعده عنا بما نطلقه عليه من « أكليشيات » .

ولكن حين حاولت أن أخرج من هذه الحيرة وجدتني أقع في نفس
المحذور فأعيد تقسيم وتنظيم الأمراض بألفاظ جديدة ، وأكاد أكون متأكدا
من أن هذه الطريقة سوف يقع منها نفس الخطأ . . إلا أنها قد تغينا مرحليا من
ثقل ثمانين سنة كاملة منذ كرييلين - نزرغ فيها تحت كاهل رموز قذرت مصانها
بالثورة الكيميائية والتكنولوجية والنفسية الحديثة .

• • •

هذه بعض معالم الحيرة التي عشتها .

وهي هي بداية الثورة التي أعيشها .

وقد تحدثت عن محاولة حلها بالبحث العلمي التقليدي وعن فشل هذه
المحاولة ، ولكن للبحث العلمي قصة أكبر تحتاج إلى تفصيل ، ولكن - مرة
ثانية - إنما بنيت طريقتنا في البحث العلمي على طريقة تنظيم عقولنا بمناهج التعليم
الساير ، وتنظيم تفكيرنا بحسابات المكاسب الشخصية العاجلة .

• • •

الفصل الثالث

البحث العلمي

« ليس البحث العلمي تجارب عملي أو
نتائج تدون أو حقائق تثبت ولا هو قوائم
تكتشف ، وإن يكن ذلك كله من
ضروريات وجوده ولكنه قبل كل
شيء طريقة تفكير منظمة والنية يتلو بعضها
بعضاً على نحو يتفق وحقائق الأشياء »

محمد كامل حسين

أ كاد أقول أن هذه الفقرة التي أعرضها في هذا الفصل هي أصعب الفقرات جميعا ، وقد ترددت كثيرا - شأن الناضج لا شأن النائر - في أن أكتب عنها ، حتى كدت أعدل تماما ، وكانت ميرراتى جاهزة ، فأنا أتحدث عن حيرتى الشخصية وكل ما أعريه من نفسى هو ملك خاص لى ، من حقى أن أكتب عنه ما أشاء ، فأصف فشلى أو قصورى ، وأصف ترددى فى التشخيص والعلاج دون حرج ، وأكدت منذ البداية أن هذا حديث خاص يقع على وزره دون أى أحد آخر ، ولكن للسألة تنير حين أتحدث عن البحث العلمى وهو مشكلة عامة ومشتركة حيث يوجد فى الأمر « آخر » ، وحيرتى هنا تحصل اتصالا مباشرا بأسامنة وزملاء أحترمهم وأقدر كل ما بذلوه ويبدلونه فى مجال الطب النفسى ، فليس من حقى أن أطلق لقبى البنان فى شيء لا يتعلق بى وحدى .

هذه واحدة ..

أما الثانية ، فلأننا بلد يجهل حتى يلحق بركب العلم أجد حديثى عن البحث العلمى له خطورته وخطره فى نفس الوقت ، فلو أننى قلت كل ما بنفسى مهما التزمت الحذر ، فإن الأسلوب الخالى والحلى للبحث العلمى قد يصيبه من التهوين ما يوم بأن البديل عنه هو الخرافة أو التنبؤيات وأنها أبقى للتطور وأقع من الأسلوب العلمى فى حين أنها جميعا ظلام دامس لا ينطق فيه إلا الوطاويط والأشباح .

هذان الخطوران جلانى أنردد وأفكر وأكاد أهرب .

ولكن:

لا بد أن أحدد موقفى مما كان ويكون - ولو بالإيجاز والحذر اللازمين -

وأن أعترف بصوت عال : أنى غير مقتنع بكل هذه المظاهرات البحثية التى لا تمتدى مرتبة للشهادات والتجارب والمقارنات والمقالات ، وهى أدنى مراتب البحث كما أشار أستاذنا الدكتور محمد كامل حسين ، وللأسف فإن لجان تقويم الأبحاث لدينا بصفة عامة - تؤكد على الجداول والشهادات والإحصاءات ، ولا تلتفت إلى المرتبة الأعلى وهى مرتبة الفروض الخصبية التى تفتح آفاقاً رحبة لمسيرة العلم ، ولا أحدث عن المرتبة القصوى للبحث وهى الوحى الصادق أو مرتبة الوصول على حد تفسير الصوفيين لأنها فوق التقويم وإن كنت لا أشك أن أول رافض لها هى لجان التقويم.

ول من أغرب القيم التى أزدادوا لها أن تثبت احتواء وراءها من الجديد ، أو استنساها لا هو دقيق خاضع للرجعة والحساب هى أن أى بحث من المرتبة الدنيا يفضل عن مقال قد يحوى فرضاً خصباً فى حين أن هذا القرض قد يكون به من اللامح للشرقة ما يبدل مسيرة العلم لشرات السنين ، وحين قرأ تقارير اللجان العلمية تمجيب من «الأكشيات» المتداولة وقرأ «هذا» مقال «ليس بحثاً» إلى هنا والأمرو واضح ومقبول ، ولكنك قرأ فى الجملة التالية أنه لا يقوم فى الجهد العلمى لصاحبه ، أما أنه ليس بحثاً قد يبنى أنه ليس بحثاً عملياً فيه تجربة ومشاهدة أما أنه لا يقوم فهذه هى المشكلة ١١ لأنهم قد لا يميزون بين المقال لاسترجاع وسرد معلومات سابقة ، وبين القرض الذى يبيد تنظيم الحقائق والملاحظات لتصبح كلاً جديداً قابلاً للاختبار والمناقشة ، فإن الذى يحدد عملية البحث ليسهم هو العاملة الإحصائية وعدد الجداول والرسوم البيانية فى أغلب الأحوال ، وهذا معوق رهيب للتقدم العلمى فى بلدنا خاصة لأنه يضر أكثر ما يضر يشباب الباحثين المحتاج للترقى ، وعلى ذلك هو يحدث ارتباطاً شرطياً بين الترقى وبين هذا النوع من الأبحاث فيوقف تطورهم الفكرى ، حتى إذا جاء وقت النضج العلمى والإنشاء .. لم يبق فى عقولهم إلا عقم الأرقام ، وبذلك فالباحثون يستغرقون

في هذه المرحلة طوال حياتهم فتتبع تلقائياً وليكنهم مستمرون في سلم الترقى بالتجالح في المنافسات العلمية، ثم بالأقضية يتولون مراكز ترميم فيموتون بدورهم التطور، وهم في ذلك مرغين على التدهور وهم في الحقيقة ضحايا أكثر منهم جناة .

الامانة :

بل إن هناك خطراً أكبر من كل خطر يدخل ضمن مثالب هذا النظام هو أن تعلم البحث في أول خطوات حياتهم العلمية البحتة « عدم الأمانة » ، إذ أنه في إطار التنافس على القشور يمكن أن يحدث أى شيء ، ولا أقول إن هذا ما يحدث فعلاً في كثير من الأحيان ، لأن ذلك لا يقال ، ربما لأنه لا يمكن إثباته ، وقد يرد أحدهم أن « الأمانة العلمية هي شرط أساسى ومبدئى لدخول مجال البحث العلمى ابتداءً » إلا أنه ليس كل السلطات أو البليشيات حقائق كل يوم ، فلا يكفي ... وخاصة في بلد نام ذى إمكانيات محدودة . أن قول إنه يجب أن يكون الباحث أميناً ليكون أميناً ، وليس من المقول أن نضع الانتاج العلمى في كفة وعلاوة ثلاثة أو خمسة جنيهات شهرياً في كفة وقول إن الأمانة هي الأصل وهي واجب الأساتذة والمشرفين لأن الأمانة خلق وعادة قبل أن تكون واجباً أو درساً ، على أن الصراع الفنى يقترب على ربط الترقى بالبحث العلمى لا يضع أمامه الملاوة المادية فصب ، بل هو يرتبط ارتباطاً جوهرياً بالصراع على المركز والاسم والسلطة ، أى على كل ما يتعلق بحياة الباحث الوظيفية التى قد تكون هي كل حياته .

وأبسط صور عدم الأمانة هي تزييف النتائج لتساير الاتجاه المتوقع ،

وهذا النوع بسيط لأنه يمكن ضبطه من خلال الإشراف والمراجعة البحوث الناشئين ، ولكن الإشراف أمر ليس يمكننا بصورة عملية دقيقة باستمرار ، وتكفي نظرة واحدة إلى عدد الرسائل التي يشرف عليها أحد الأساتذة ذوي الانشغالات الأخرى للصدده حتى ندرك مدى سطحية الإشراف .

وعدم الأمانة الصريح رغم قبحه وخطورته أهون من النوع الخفي لأن صاحبه يعرف ماذا يفعل ، وربما استيقظ ضميره فيما بعد وعرف أن هذه مرحلة لفرض ما ، وربما عدل عن كل ذلك ، وربما جعل التزييف في اتجاه لا يثير النتائج وإنما يحسمها ويظهرها فقط ، إلى آخر هذه الافتراضات المحققة .

أما النوع الآخر فهو أخفى وأخطر ، وهو الذي يحدث بطريقة غير مباشرة من خلف الشور نتيجة لحرص الشديد على عمل البحث من ناحية ، والكميت الشديد من ناحية أخرى ضد أى انحراف عن الصواب ، فلا يكون هناك طريق سوى التزييف اللاشعورى - إذا صح التعبير - الذى يتخذ صوراً خفية يمكن أن يدافع عنها صاحبها دهوراً ، وليس هذا مجال تحديد هذه الصور ولكن أحذر منها الشبان حتى يدركوا مداخل النفس قبل أن تتشوه الشخصية .

وهناك طرق متنوعة لضبط تحيز الباحث الشخصى نحو هذه الناحية دون الأخرى ، ولكن الصعاب اللاشعورى على هذه الطرق يخفى على الباحث نفسه انحرافه ، وهذه الأساليب تظهر أكثر ما تكون فى البحوث النفسية الإكلينيكية حيث يكون مجرد التجاوز فى التشخيص (وهو محرم ليس له قرار كما سبق أن أشرنا) هو نوع من عدم الأمانة .

وعموماً فإن عدم الأمانة فى نظرى هو « أن أفضل ما لا أفتنح به » مهما كان

سبب علم اقتناعي ، إذ ينبغي أن أفهم حتى أقتنع ، أو أن أمارس حتى أقتنع ، وإلا فلا توقف وأراجع فحسبي ، فكلم من الأبحاث تمتعت بقرب انتهائها أن أمرتها ولا أخرج بنتائجها أبداً ، وكلم عندي من الأوراق للتراكة مالا أرجع إليه إلا وقت الحاجة ، وبغير حاجة فسيظل صركونا بلا قيمة إلى الأبد لأنني أعتقد أنه بلا قيمة سواء نشر أم لم ينشر ، وإنما هو ينشر لترض آخر غير النشر . .

وقد اضطر الباحثون إزاء قواعد اللجان السالفة الذكر إلى محاولة التغلب على هذا النظام القيم للبحث والترقى بمحاولات عديدة لا أرى فحسبي من اللجوء إليها .

فهناك صورة الجمالة في الأبحاث - وهي تتمثل في أن تضع اسمي على بحثك وأضع اسمك على بحثي للتغلب على مشكلة الكم والكيف أمام اللجان لإياها ، وهذه صورة محودة لعدم الأمانة ولكنها تتناسب مع موقف اللجان التي تهتم بالعدد قبل أي شيء آخر ، إذ لا بد أن تكون معاملتنا للجان بالمثل .

وهناك صورة ضيف الشرف حيث توضع بعض الأسماء الكبيرة على أبحاث لم يقوموا بها كنوع من التكريم ، إلا أن فيها فائدة متبادلة إذ أن الاسم الكبير يعطي للبحث قيمة خاصة .

وهناك صورة ثالثة حين يجاني أحد الأساتذة أحد الناشئين فيلحق اسمه بكل الأبحاث التي تجرى بالقسم سواء شارك فيها أم لا .

كل هذه صور تحدث كل يوم تحت سمع وبصر اللجان - فما أعضاؤها إلا بحاث وأساتذة يرفون ما يجري يومع ذلك لا يملكون إلا تنمية كل هذه الأساليب بتقويم الكم دون الكيف ؛ ويتابع مبدأ السهولة أولاً .

هذه بعض الأمثلة . . . والأمثلة غيرها كثيرة والردود عليها أكثر ،

ولا أستطرد فإني أنا أعرض هنا نقطة واحدة وهي كيف أن البحث العلمي الذي خيل إلى في وقت ما أنه سينهى حيرتي قد زادني حيرة ، وكيف أني إنتهيت وأنا في وسط معتمته إلى الظلام المحيط وإلى مزالق الخطر الخفية التي تجعله سلاحاً علينا لأننا في فترة تطورنا الحالية .

وبصفة عامة أكاد أقول « أني لست خجوراً بأي بحث قت به ونشرته حتى الآن ، بل إنني كثيراً ما خجلت من أبحاث قالت ما قالت من تهدير لم يمن عندي شيئاً أبداً ، كما أني لست مقتنأ بسياسة البحث العلمي التي تربطه بالكم دون الكيف أو بالتأنيج دون الترض ، أو بالأسلوب العلمي دون التفكير العلمي ، أو بالأعداد والجدول دون الأهمية والابكار » .

وان كنت لا أنكر في نفس الوقت أن كل الأبحاث التي اشتركت فيها والتي شاهدها وعاشتها ، سواء بمصر أو في مهمتي بالخارج قد أفادتنى فائدة عظيى كان لا يمكن أن أحصل عليها دون أن أمارسها من الألف إلى الياء ، فالمشاهدات عموماً تبلى الذهن وتوسع مجال الرؤية ، وكلما اتسعت دائرتها واهتمت بالتفاصيل كلما زادت قيمتها في إثراء الفكر ، إذ أن المشاهدات هي المادة الخام التي يصنق منها الجديد ، أو هي اللبئات التي ستبقى منها للنزل ، ولكن رغم ذلك فإن المشاهدات في حد ذاتها وللأغراض الجدولية والبحثية الوظيفية ، كانت تشوه في آخر لحظة لتساير لجنة لجان التقييم السائدة ..

ولعل أكبر فائدة حصلت عليها من سلوك هذا الطريق - كله أو معظمه - هو أنه يحق لي أن أمارس حرية الرفض ، فليس لإنسان أن يعترض دون محاولة جادة وممتصلة لدراسة المجال الذي يعترض عليه ، وليس لمبتدىء أن يقول « لا » قبل أن يمارس الاقئان بالألم والصبر حتى في مجال تحصيل الحاصل .. ولكن

الخوف كله من أن تقلب هذه المحاولة المبدئية الى مصير، وأن يصبح هذا الطريق السهل الجدول ذو النتائج السريعة هو الوسيلة والناية معا ، لقد أيقنت تماماً أن هذا الطريق - بوضعه الحالي وفي مجال اختصاصي - لا يوصل . . أو على الأقل لن يوصلني أنا ، بل إنه خطر لي أن الباحث الناشئ متى ما حفظ الطريقة استسهل تكرارها ، فيجس ذلك عقله داخل أساليب مكررة ويكتفى بظهور اسمه مطبوعاً واحداً لو كان ذلك في مجلة من المجلات « الأجنبية » فهذا وتلاشى قدرته على الرفض أمام للكاسب المظهرية ، وتصدأ قدرته على الخلق والابتكار ، ثم هو لا يحالة بعد أن يصعد قليلاً على السلم الوظيفي المرتبط عادة بالمكانة العلمية - سوف يقوم بالمجوم على الخلق والابتكار بدوره .

صعوبات خاصة بالطب النفسي :

وإذا كانت هذه الصعوبات عامة فإن البحث في مجال الطب النفسي له صعوباته الخاصة ، فالعلوم النفسية من أرق العلوم جيماً وأضعفها كذلك ، أرقاها تطورياً وأضعفها منهجياً ، وقد حاولت وتحاول جادة مستمرة أن تدخل العمل ، وكنت من أشد المتحمسين لهذه الفكرة وأنا أكتب كتاباً مشتركاً عن « علم النفس تحت المجهر » وما زلت أرى ذلك الرأي ولكن بصوير جوهرى يحمله خطوة واحدة على الطريق ، ذلك أن دخول علم النفس إلى العمل الاكلينيكي يضيف حقائق تفصيلية هامة وخطيرة ستسمح للفكر الخلاق أن يخطو خطوة جديدة على طريق فهم الانسان ، ولكن النتائج العملية ينبغي ألا تكون بديلاً عن الفكر الجديد . . والفرض الخصب .

هذه مسلة أخرى من المسلمات البديهية التي أشك في مدى إدراك كذا أهميتها ولعل أعظم ما أخصب فكرى في فهم الأمراض النفسية هي الابحاث

المتعلقة بالعقاقير وآثارها ، وكذلك الملاحظات الأخوة (دون حاجة الى عينة ضابطة !!) من البحث التحليلي الإكلينيكي للمرضى أثناء العلاج النفسى أو للاطفال أثناء النمو ، والاثنان على طرفى قبيض فكرة وأسلوبا ، ولكن الحل الذى احدثت إليه كان بفضل هذه الملاحظات المقتنة من ناحية ، والأمانة من ناحية أخرى ..

إذا فالملص وهو مجال البحث الأول هو أيضا المكان الذى يمكن أن يتكرر فيه الجود وتسرب منه الأمانة ، ولا يعنى الهجوم على أسلوب معين فى بلدانهم أن أحطم أساسيات البحث جيما ، لأن المشاهدات الجزئية - على شرط أن تكون أمانة أمانة مطلقة هى الغذاء الاساسى لولادة الفكرة الخلاقة ، ولكنى شخصيا لم أنجح فى اتباع أسلوب المشاهدة العمياء المقتنة ، بل إن مشاهدات غيرى التى أقرؤها فى الأبحاث المضبوطة ، تدخل على بطريقة أخرى غير ما قصد كاتبها .

ولأضرب مثالا بسيطا لذلك ، فإن الا كتاب الذى ينشأ من استعمال المهندات العظيمة من فصيلة القينوثيازين وُصف فى مئات الأبحاث على أنه من مضاعفات هذه العقاقير ، وتبدأ هذه الأبحاث فى القول أنه إذا ظهر هذا الا كتاب فانه ينصح بوقف العقار ، حتى فى حالات القصام التى يعطى فيها هذا العقار أساسا .

هذه ملاحظة أمانة قول « إن استعمال عقار القينوثيازين فى القصام يظهر ا كتابا فى بعض الاحيان ، وإثبات هذه الملاحظة بهذا الوضوح والتحديد يتحفا بحقيقة علمية هادية ، إذ أنى حين تثبت لهذه الملاحظة وثابتها بدقة أكثر ثبت لى أن الا كتاب هو خطوة تحسن وليست مضاعفة لعقار ، لأن تفسيرى له اختلف تماما .. لقد أصبحت أعتبر ظهور الا كتاب من علامات التحسن على طريق

الشفاء ، وقد رأيت أن التفسيرات الكيميائية التي وضعت لتفسير هذا الاكتئاب قاصرة كذلك ، لأن فهم الظاهرة ينبغي أن يتم في إطار التوحيد بين الكيمياء والطبعة والعلاقة الدنيوية بين مختلف المستويات على سلم التطور الانساني . . وأمنع نفسي عن المضي في التفاصيل لأقول :

إن رفضي لهذه الأبحاث والملاحظات لا يعني إمكان الاستغناء عنها ، وإنما يعني قصوري شخصيا عن القيام بها بالطريقة المحلية المتبعة ، بل إن ظروف إجرائها هنا مجرد إقتناع لجان البحث أو قبولها للنشر يضعف من قيمتها أكثر ، وإنما كل ما يعني في هذا المجال أن تسجل الملاحظات تفصيلا في جو من الأمانة ليس فيه شبهة .

فإذا اطمان معك إلى هذه الحقائق المسجلة من كل مصدر فإنه يستطيع أن يأخذ نفس النتائج وربما وجد لها تفسيرا وتحقيقا تفرض آخر يحل مشكلة عامة ، وليس ضروريا عليه أن يبيد إجراءاته بل هو ينطلق منها بتفسير جديد نحو تحقيق جديد ، يقوم به هو أو غيره . . وهكذا يسير البحث ويتقدم العلم ، ولا يقل دور المفكر صاحب القرض عن المشاهد القاسم بالتشغيل بل إنه يفوقه بمراحل ، ولكن طريقة التقييم عندنا قلب هذه الأوضاع رأسا على عقب .

الصدقة والاثبات :

لا بد لكي تذكر ملاحظة علمية وتستنتج ازتيابها بمسبب بذاته أن ثبت أن هذه الملاحظة لم تحدث بحضور الصدقة ، ولكن أصعب الأمور في الطب النفسي والممارسة الاكلينيكية هي هذا الاثبات ، وقد حاولت أن أثبت ذلك بشئ الطرق المروعة وفشلت في كل مرة قريبا .

حاولت أن أقتع قضى مجدوى عمل عينة ضابطة ووجدت أنه يستحيل على أن أجد شخصين متماثلين لأطرن بينها مقارنة مصبوبة .

وحاولت أن أظرن المريض بنفسه وكانت الأمور دائمة التقيد لأن المريض يتغير في كل لحظة ومقارنته بنفسه على مدى الزمن يهمل - بدرجة ما - العوامل التي تطرأ عليه أثناء مرور الزمن .

وحاولت أن أعطى أفرصاً ليست ذات مفعول بدل الأفرص الفعالة ، وكنت أشاهد فشل التجربة بعد أيام حين ينتبه المرضى والمرضى والأطباء إلى أن لا يرضى لا يأخذ علاجاً وتصور تكتنه حين آتت في إختفاء اسم القار ونوعه .

كل ذلك اقتسل جعلني غير مقتنع بأي بحث من هذه البحوث وأي طريقة من هذه الطرق ، ورغم ذلك فقد كنت أصر على تسجيل الملاحظات جميعها ولكن السؤال يستمر بلا جواب « كيف ثبت أنها ليست المصادفة ؟ » وأكاد أقسم على أن ذلك غير ممكن ، ولكن لا فائدة ..

وكنت أشر أن حرية الفكر والصدق الشخصي هما البرهان الوحيد الذي يمكن أن أقنعه ..

إلا أن حرية الفكر والصدق الشخصي يتصورهما كل مخلوق سواء في البحث العلمي أو في العلاقات الزوجية أو في السياسة ، وما أبعد ذلك في معظم الأحيان عن الحرية والصدق !!

وترداد حيرتي ... كالمادة ...

البحث العلمي في الممارسة الاكلينيكية :

من حيث لا أدري كنت أقوم في ممارستي الاكلينيكية بنوع من البحث

الملى غير المعنى ... حيث يعتبر كل مريض مشكلة قائمة بذاتها ، يوضع لها
القرص الملاحي القابل للتصديق ، ثم يعطى العلاج - بغض النظر عن نوعه -
وتتبع النتائج التى ما هى إلا هيم ما اتخذ من إجراءات علاجية وهكذا ،
وبذلك أجرى بالرغم منى كل يوم عشرات الأبحاث التى تضمن - المشكلة
القرص - التنويرات - للشاهدة - الاستنتاج ، وتدخل هذه الخبرة إلى
خلاياى دون أن أدري لتنمى عندى الحدس الذى يسمى « الشعور الاكلينيكي »
Clinical Sense ، وحين كنت أحاول أن أقلب هذه الملاحظات الإكلينيكية
إلى تجارب مقننة كنت أحس أى أقوم بتشويه خبرة فنية بأصايب لا تمت لها
بصلة ... ومع ذلك كانت تستمر التجارب وتخرج النتائج ... ومنها كانت
النتائج مقننة إلا أنها دائما أقل من إحساسى بواقع التجربة ..

وكنت دائما أقر وأعترف أنه ليس فى الإمكان لغة أخرى للتضام مع
الآخرين .. فما أحسن به وأجمل له أنا .. قد لا يعنى شيئا عند آخر ، وهذا
تصور لا أعرف له حلا ، ولا أخال أن أى إنسان حر صادق يعرف له حلا إلا
أن يسلك مسلك التصوفة ليصعد لغة خاصة مع من يفهمه فحسب ، وأنا لا
أهاجم هذا الطريق بل إن كل ما آخذ عليه هو أنه لغة القلة .. أو الندرة ..

وأهم ما صحح فهمى واستنتجى هو فشل ، وقد أيقنت أنه فى كل مجال
بما فى ذلك بحوث تقوم المقايير لاتهم البينة الضابطة والمعاملات الاحصائية
بقدر ما يهم تسجيل الملاحظات بالنسبة لكل حالة ، وطرح التساؤلات بالنسبة
لكل فشل ، إن تجرد هذا التسجيل يتيح للمارس ثراء علميا ضخما وفرصة
للرابعة ، كما يتيح للآخرين من قناح لهم الفرصة للاطلاع على هذا التسجيل
الأمين أن يبدوا النظر وبالتالى يراجعوا تسجيلاتهم ويقارنوها ببعضها البعض ومن

أهم الملاحظات التي أفادتني أكثر من أى بحث مقنن هو ما سجله المرضى أنفسهم عن تطورات حالتهم بالملاج أو بدونه ، وقد كانت هذه الذكريات الخاصة مصدرًا هامًا للعلم في مجال الطب النفسى طول تاريخه ، فالجميع يعرف حالة «دكتور شريبر» التي تعلم منها فرويد القسام والضلال ، كما أن كتابا بأكمله ما زال مرجعًا أساسيًا في علم السيكوپاثولوجيا منذ سنة ١٩٢٣ حتى الآن وهو كتاب «ياسبرز» قد بنى جزء كبير منه على ملاحظات المرضى عن أنفسهم .

ولكن هذه التسجيلات جميعاً بلغة البحث العلمى في مجال وما يمارس منه لتعرض الترقى ليس لها قيمة ، أو على الأكثر ، فإن قيمتها يسمونها «وصف حرة» بالرغم من أن هذه الحالة قد تكون فاصلة في إيضاح فكرة واحدة قد تطبق على نوع كامل من الأمراض ، وما زلت أذكر ما كتبه للرحوم الفنان كمال خليفة عن حالته - وقد صاحبه في أزمته سنوات - فيما يقع في أكثر من ستة عشر ألف صفحة أمل أن أهرغ لها يوماً وقد صورت أنى لوعكفت على دراستها خمس سنوات مثلاً فإنها - جون الله ! - لن تعتبر بحثاً ، في حين أن قياس الضغط والنبض يومياً تحت تأثير حقنة ما لمدة أسبوع سيحطى جداول ونتائج تبهير الجان وترضيهم !!!

العمل السرطى :

وحين كنت في مهنتى العلمية في فرنسا حاولت أن أشاهد وأشاهد أكثر ما أعمل وأمارس وكانت فرصتى ضئيلة حيث التقيت بمخدنة مكثفت حقار اللارجا كتييل الأستاذ «ديليه» وأتيحت لى الفرصة لمشاهدة معمل السيكوپازارما كولوى التابعة له وللأستاذ د. «دينيكير» حيث أيقنت أن أى محاولة كيميائية تجريبها في بلدنا بالسحاحة وللأسفة !! في مجال الطب النفسى هى مضنية لوقت

ليس إلا ، وأنا ينبغي أن تكف على متابعة ما يجري من أبحاث في هذا المجال في العامل للمهنة لذلك ، وأن قصر جهدنا على التطبيق والتسجيل الأمين لنوع مرضانا وطريقة شكواهم ومختلف استجاباتهم .

وقد حاولت - هناك - أن أعرف كل نشاطات البحث المتاحة ، وكان من أكبر العامل التي جذبت انتباهي معلا لإجراء تجارب الارتباط الشرطي على الإنسان يتبع الأستاذ د . يشو وقوم على مسئوليته آتة متقدمة في العمر تنصف بالذقة والأمانة والجلد ، كما تنصف بالجفاف العاطفي والتنصب العلمي كذلك ، وذهبت إليها ورأيت العجب ، فقد كان الجزء الذي يعطى للإنسان تحت التجربة على كل استجابة صحيحة هو « ملبسة » تماما مثل القط أو القرد الذي يضبط على مؤشر فيحصل على كرة صغيرة يلعب بها أو قطعة من السمك أوحيت من القول السوداني ، وجرعت أن العلم وصل إلى هذه المرحلة ، أهذا هو الإنسان ؟

وقلت لها : وهل يدخل عامل الذكاء والتعاون في الاعتبار ، قالت ليس مباشرة ، لأن كل إنسان يمكن أن يكون صالحا للتجربة ، وقلت لها أتى أريد أن يجرى على الاختبار باعتباري من السينة الضابطة ، وبدأت التجربة على أنا شخصيا وطوال ساعات يوم الجرس ، ويمر تيار الهواء البارد على عيني فأغضضها ثم يصدر أزيز زفير إلى آخر ذلك من مؤثرات محسوبة ، وأنا أفضل في كل مرة ما يحولني وذلك ما حذرته من أول الأمر ، وقد فشلت التجربة وقالت لي « أنت صعب » وقلت لها أتى قصدت السناد ... وأنها ينبغي أن تضع ذلك في الاعتبار ووافقتني بالأمانة العلمية اللازمة .

ولكنى طوال التجربة كنت أخجل من أن يمرنا انبهارنا بالعلوم الأدنى كالكيمياء والطبيعة ، واحترامنا للتأثيرات التي غيرت وتغير شكل حياتنا ، إلى وضع الانسان في قصص ، يضبط فيه على مؤشر فخرج « ملبسة » ... لا أعلن أن هذا هو البحث العلمى الذى سيوصل ...

وأنا لا أعتقد هنا الارتباط الشرطى كإكمال أساسى فى تكوين سلوك الانسان وفى تعلم اللغة وفى الصحة وفى المرض ، ولكنى أعرض كيف يمكن أن يكون شكل البحث العلمى لظاهرة صحيحة متواضعا ، وأكاد أقول وضيقا ، فليس معنى أن يكون الارتباط الشرطى ظاهرة مشتركة بين الحيوان والانسان أن تصبح الطريقة فى الاثنين واحدة ... إن الأساس واحد ولكن التطبيق يختلف نوعا وجوهريا .

وقد حاولت باستمرار أن أحضر « اجتماع الباحثين » كل يوم أربع مع الأستاذ الدكتور يشو ، وكان اجتماعا غنيا بكل أصناف للبحوث من أوله تحليل الفنة فى كلام المرضى تحليلا تفصيليا حتى الدراسة الاحصائية الحاسية لذلك .

الحيوان والانسان .

وقد أيقنت تماما استحالة تطبيق التجارب للتشابهة على الحيوان مثل تطبيقها على الانسان ، كما تأكدت أن أى تسميم يخرج من معامل أبحاث الحيوان للانسان هو تسميم ينبئ أن "يؤخذ بالخذ التام ، فالانسان يمثل مرحلة من التطور لم يصل إليها الحيوان (وإن كان بدوره ربما يتطور فى طريق آخر) ، وعندى أن الذهان الوطنى هو مشكلة من المشاكل الخاصة بالتطور

الإنسان ، وهذا هو أهماى الأول ، وقد أورد « ياسبرز » أنه لا جنون الموش والاكثاب ولا القمام قد وصفا فى الحيوانات إطلاقاً ، فكيف بعد ذلك نعلم نتائج الحيوان على الإنسان . .

بل إن تصورى لجنون الموش والاكثاب والقمام هو أنها نتيجة للصراع بين الانسان والحيوان فى داخل الانسان ، فهنا من صور القتل التطورى ، فكيف أنهم هذا الصراع الذى هو أساسا بين إنسان وحيوان حيث لا يوجد إنسان يتصارع فى معمل يجرى تجاربه على الحيوان فقط .

ونحن فرح بالنتائج العملية على الحيوان لأنها سهلة ومقننة ويمكن إعادتها والتحقق منها ، وهى قد تهدينا إلى تفاعل كيميائى أو ظاهرة كهربية ، ولكنها لا يمكن أن تحل مشكلة فهم الإنسان وخاصة فى مجال الطب النفسى واضطرابات التشابكة المقدمة . .

كما أن النتائج الكيميائية على الخلايا، وعلى جدارها، وعلى الحاجز بين الدم واللمخ، وعلى فغاز مادة كيميائية دون الأخرى، كل هذه نتائج هادئة تثير جزء من مائة من الحقيقة ولكنها ليست الحقيقة ، وكثيرا ما سمعنا عن بحث على أثبت أن القمار كذا يعمل بالطريقة كذا ، ويضكينا البسيط نأخذ هذه الحقيقة ونسمها ونفكر أن حل مشكلة الإنسان سيأتى من دراسة الخلية وحدها، وكنت أرفض كل هذا المنطق مع إصرارى على تجميع الحقائق ووضع القروض التالية دون الجزم بنتائج نهائية فى مراحل قصورنا العلمى الحالى ، وهذا لا يبيننا فى كثير أو قليل بل هو يهديننا إلى مواصلة التفكير والتدبر فيما قرأ حقيقيا فصل .

الاقفاط والشعر :

على أن ذلك كله لم يعطى أكثر من مجرد البحث العلمى بل جعلنى أتمسك به أكثر، على شرط ألا يعطى الأدنى على الأعلى

ودعنا نقابل مراحل البحث بمراحل تطور اللغة مثلاً :

تعلم الحروف والأصوات قابل جمع المشاهدات الأساسية التى تجمع فى حقول البحث العلمى .

والمرتبة التالية هى تعلم الكلمات ذات المعنى . . . وهى قابل الاستنتاجات البسيطة من المشاهدات .

والمرتبة الأعلى هى صياغة هذه الكلمات فى كلام مفيد رصين أعلى درجاته الشعر ، وهذا ما يقابل مرتبة الفرض الخصب والإلهام العلمى .

وكل مرتبة أعلى ترتبط بالمرتبة الأدنى ولا تستغنى عنها ، فلا يمكن أن يكون الكلام مفيداً دون أفاط ذات معنى ، ولا يمكن أن يقول الشاعر الشعر دون رؤية لقوة وقدرة طلاقية خاصة ، كذلك الحال فى البحث العلمى لا يمكن أن يهبط الوعى العلمى دون مشاهدات مقننة متنوعة وقدرة على استعمال هذه المشاهدات والتوفيق بينها فى كل جديد .

ولكن . . . إذا طغت مرحلة تعلم الحروف والاقفاط على ما يليها ، فإن الإنسان لن يفيد إطلاقاً من تعلمها مهما بلغ عددها ، وهذا ما يحدث عندنا للأسف وينبؤ ويؤكد طريقة تهويننا للأبحاث ، فالتنا نكتفى بالحروف والأصوات

عن الكلام البعيد فضلا عن الشر ، وذلك لأننا نقيم البحث العلمى بكيفية
المروف التى أظهرها هذا البحث أو عدد الكلمات ، ونهمل مقالا قد يحوى
فرضا خصبيا أو نظرية متكاملة .

وكأننا فضل ألف كلمة مما نسميه عند التدهورين من الرضى الفسنيين
« سلطة كلام » على بيت شعر واحد .

إن الألفاظ لازمة لكتابة الفنة ، وأرق مراحل التعبير هو الشعر ..

وكذلك المشاهدات لازمة للمعرفة العلمية ، وأرق مراحل البحث العلمى
هو الوعى العلمى الجديد .

وكما أن التوقف عند مرحلة تعلم الألفاظ هو نوع من « سلطة الكلام »
غير الصالحة للتفام ، كذلك التوقف عند الملاحظات والمشاهدات نوع من
« سلطة المعلومات » .

وقد تصورت أن كل باحث عليه أن يعى تماما ما سبق من معلومات وأن يعلم بما
كان من أبحاث ، وأن يحاول ما أمكن من محاولات ، وأن يتقن كل الطرق السائدة
الممكنة ، ثم بعد ذلك يقف وقفة طويلة يناقش نفسه فى كل ما كان ، ويحاول أن ينسأ كله
حتى يختلط بذاته .. ثم يقبل فى مرحلة جديدة كل الجدة إلى مجال البحث بصدق
وأمانة ، غير مرتبط بفكرة الترقى إلى درجة أعلى أو التوقى من منافس يحدق
استعمال الألفاظ دون المعانى ، وتذكرت فى مقابلى التى اصطنعتها بين البحث
العلمى وقرض الشعر أن هذا هو الأسلوب الذى كان يتبع الشعراء البيندئين
وأظن قصة أبى نواس الشهيرة هى أوضح مثال لذلك ، حيث ذهب يتلذذ على
خلف الأبحر وبعد أن لازمه حوالى العام ، استأذنه فى نظم الشعر فقال له « لا

أذن لك إلا أن تحفظ ألف مقطوع للحرب ما بين أرجوزة وقصيدة ومقطوعة ،
فأب عنه فترة طويلة وجاءه لينشده ما حفظه فسأله : كم حفظت ؟ قال : ألف
مقطوع فقال أنشدها ، فأنشدها في عدة أيام ، وسأله أن يأذن له في نظم الشعر
قال : لا أذن لك إلا أن تنسى الأشعار كلها ، قال له : هذا أمر يكاد يكون
مستحيلاً قد أعتت حفظها ، قال : لا أذن لك حتى تنساها ، فذهب إلى بعض
الأديرة وخل لنفسه واستغرق حتى نسى الشكل والصورة واللفظ ولم يبق في
خاطره إلا الجوهر والمعنى ، وجاء إلى خلف يقول له : لقد نسيتها حتى كأنى لم
أحفظها ، قال : الآن أنظم الشعر .

هذه القصة رغم ما فيها من مبالغات تشير إلى ما أقصد إليه من أنه على
الباحث أن يعرف ويخلق كل ما هو قائم ، ثم ينسى كل ذلك ويعيد النظر في نفسه
بأمانة العلماء وتحت إشراف الأساتذة التواضع ، ثم يعود إلى العمل يستلهم
الوحي ... وإلا فالمسألة تكرار وجود بلا طائل .

إذاً فإن المعلومات والشهادات لازمة لزوم الرواة اللفظية والمعاني التي حفظها
أبو نواس ولكن حتى نصنع شيئاً من هذه المعلومات ، يلزم أن نمر
بفترة حضانه واحتواء ، ثم فترة هتف نفسي عنيف ، وأن نحصف باستعداد :
حضارى ضخم ، ومقدار هائل من القلق والرفض والحب ، ونوعية متطورة
التواجد الإنساني ، وفكر حى لا يخاف وأن يتم كل هذا في بيئة علمية متقدمة .

ولست هذه الصفات من الأشياء التي قابلها كل يوم في أى مكان ، ولكن
ينبغي أن تكون وظيفة معامل الأبحاث الأولى في بلد مثل بلدنا هذا هي تربية
هذه القدرات وتنميتها ، لأنه إذا زاد عدد الذين يتمتعون بها ، زاد احتمال

الصحة العلمية التطورية، وأصبح الأمل في أن يفيد اللفظ معنى أملاً قريباً،
وبعد أن يصبح اللفظ معنى يصبح قول الشعر محتملاً، أى يصبح الوحي العلمي
على الأبواب .

وعندنا في الطب النفسى نتحدث عن أول أعراض التدهور العقلي وهي أن
يفقد اللفظ معناه، وأعلن أن هذا هو قس الأمر في التدهور الحضارى، لذلك
فإنى أرى التوقف عند الأبحاث الجافة وللشاهدات العمياء مثل اللفظ الذى أفرغ
من معناه وخاصة إذا اتجه التقويم إلى إهمال المعنى وانصرف إلى عد الحروف في
الأنقاط .

والخطر كله يكمن في تشويه الجيل الجديد الذى يدخل العمل لأول مرة،
لأن النظام الحالى يحمله يظن أن مرحلة إتقان نطق الأنقاط بدون معنى هى بديل
عن اللغة المتكاملة، بل هى أفضل من اللغة المتكاملة ... وهذا نتيجة ربط الترقى
بكيفية الأبحاث .

والخطر الآخر يأتى من تقدير البحث العلمى بقرار اللجان وليس بقيمته
في تطور الانسان .

والخطر الأخير يأتى من تصور الناس أن ما جرى من أبحاث لا يأتيناها
الباطل من بين يديها ولا من خلفها .

وفي البيئة العلمية المختلصة المتواضعة التى نشأت فيها، وفي الوقت القصير
الذى مارست فيه البحث العلمى، وبين طليان الأنقاط على اللامنى ما كان يحق
لى — ولا يمكن أن — أتور .

ولكن الذى « ذاق » يعرف أن هذا أمر لا يرتبط بالحق ولا بالإمكان .
فهو غالبا ما يحدث بالرقم من الإنسان وليس نتيجة مباشرة لسميه ، وقد حدث ..

وما على إلا أن أعترف به .

ولا مانع أن أشك فيه .

ولكن هذا ما كان .



عل أنى كنت أراجع نفسى دائما فأجد - كما ألفت سابقا - أن جنود هذه
الانخطاء المتراكمة ترجع إلى طريقتنا فى الحياة ، وأسلوبنا فى التفكير الذى نرى
وتزعم فى جو تعليمى عتيق ، ربما كان مثله الصارخ هو تعليم الطب .

الفصل الرابع

في التعليم الطبي

« الرجل المتعلم ، هو ذلك
الكمول الذي يقتل الوقت
بالدراسة ، حذر من معلوماته
الزائفة لأنها أخطر من الجهل »

برناردشو

قال لى ابني الأكبر (عشر سنوات) وهو يحاورنى « لماذا يفضل الناس هكذا ؟ » قلت له « هكذا ... ماذا ؟ » قال « يدخلون أولادهم المدارس دون أن يعرفوا لذلك هدفاً محدداً ؟ » قلت « كيف ؟ » قال « مصطفي (أخوه) مثلاً أو حازم (ابن عمته) دخلا المدرسة هذا العام دون أدنى فكرة عند الأهل إذا كانوا قد دخلا ليتعلما أو ليتقنوا أو ليتوظفوا » قلت له « إذاً لماذا أدخلهما ؟ » قال « يبدو لى أن الأولاد يدخلون المدارس لجرد أن سنهم قد وصل إلى سن المدارس دون تفكير فى أى شئ آخر »
وقلت « صدقت »

وتعجبت منه ومنى ، وأشفتت عليه إذ بدأ طريق « لماذا ؟ » فى هذه السن وتساءلت متى بدأت طريق الحيرة، وحاولت أن أتذكر فوجدتها طريقاً بلا بداية، ووجدت أن حيرة ابني مع التعليم وطريقة تفكير الوالدين هى نفس حيرتى مع التعليم الطبي وفكر المسئولين عنه ، إذ لم أجد جواباً أبداً عن تساؤلاتى « لماذا يدرس الطلبة هذا العلم دون ذلك ، وبهذه الطريقة دون تلك ؟ » وكان الجواب دائماً أن الطالب يدرس المقرر ، والمفروض هو المقرر ، وهو مفروض منذ مائه سنة أو تريد لا يتغير تقريباً .

القصة من أولها :

منذ دخلت كلية الطب - وقد فعلت ذلك بحكم العادة - وأنا أنساءل « لماذا » فى نفس الوقت الذى أمارس فيه عملية الحشو العلمى التى يسمونها التسليم ، أحشر فى مخي معلومات جافة ، واثماياها على ورق أبيض آخر العام ، ثم أدخل امتحانات شفهية غير مقننة توقف على مزاج الممتحن الذى يتوقف بالتالى على قهوة الصباح ورضا السيدة حرمة ذلك اليوم - أكثر من توقعها على

ما يحويه عقل الطالب ، وقد كانت دائما سمات شخصية المتبحر ، ودرجة يقظة ضميره أهم من حافظة الطالب ودرجة استيعابه في تفرير الموقف وتحديد درجة الامتحان الشفهي ، وقد اجتزت كل هذه الامتحانات بفضل الدم القلاحي الذي يجري في عروقي أكثر من فضل للمومات التي انحسرت داخل عقلي ، ولم أفشل مرة واحدة طوال حياتي في أن أحصل على شهادة ما ، ومن أول مرة ، رغم أني لم أستلم شهادة مزرکشة في حياتي إلا شهادة دبلوم الأمراض الباطنية حيث اضطرت لحضور حفل تسليمها حينذاك ، أما ما قبلها وما بعدها من شهادات مزرکشة فلم ترها عيني أبدا ، ومع هذا فقد كنت أحس دائما أن الشهادة ضرورة لازمة ، إذ لا بد من ورقة ، وبجاح ، ومركز ، حتى أستطيع أن أكتب هذا الكلام الذي أكتبه الآن ليصل إلى الآذان والقلوب التي أريد لها أن تهيق من غفوتها ، فلو أني لم أحصل على هذه الدرجات والوظائف لقالوا طالب فاشل أو طبيب حاقط ينفس عن شعوره بالنقص ، أما وقد أصبحت ما أصبحت فقد صار من حتى بل من واجبي أن أقول « لا » .

لا ... ليس هذا نظام لتعليم الطب ولا لتعليم أي شيء ، فهذا تكرار لأسلوب إكاد أقول قد فشل فلا إذ هو يهتم بكم للمومات دون جلواها وفعاليتها وهو يهتم بما بين دفتي الكتاب أكثر مما يهتم بما بين جوانب المريض .

ونظام التعليم بصفة عامة لا يتيح انتقال الخبرة من إنسان لإنسان ، وإنما قد يتيح حفظ المومات بنض النظر عن أهميتها ، وكأن الإنسان مخزن لحفظ الأشياء أو مبردا (فريجيدير) وليس مصنعا لصنع الجديد ، وكأن المومات التي تدخل إنما يحفظ بها في خلايا مثلما نحفظ بها على شريط تسجيل أو في صفحات كتاب ، وتستدعى حين الطلب ولكن شريط التسجيل وصفحات الكتاب أكثر أمانة ودقة في هذا السبيل ، إذا فلن عقل الإنسان يستعمل لأغراض لا .

يصلح لها أو على الأقل لا يقتصر عليها وحدها ، ولذلك فهو سرعان ما يلقط هذه المعلومات أو تصدأ بمرور الزمن ولا يتبقى لديه إلا للمعلومات البسيطة للمستعملة ، وما أقلها بالمقارنة بما حشر في رأسه من معلومات طوال سنى دراسته .

وفي الطب خاصة تسقط هذه الوسيلة الحفظية مقروطاً شنيهاً ، لأنه إذا كان الطب حرفة فلا بد من وجود نظام « للمعلم ... والصبي » ، وإذا كان الطب عقيدة أو إيمان فلا بد من نظام « الشيخ . . . والمريد » ، وإنما واقع دراسة الطب تقول أنه لا يوجد صبيان ولا مشايخ وإنما ممكن وكتب ، وحتى في التعليم الأعلى والتخصص الدقيق حيث « النائب » صبي « الأستاذ » أقطعت العلاقة بينها في كثير من الأحوال ، وأصبح انكسار « النائب » على الحصول على الدبلوم من ناحية ، وانشغال الأستاذ بالاشرف على الأبحاث من ناحية أخرى هو شغل الاثنين الشاغل ، أما أين العلاقة العاطفية ، وأين « شغل المعلم لابنه » قد توارى خلف الأوراق الاحصائية والعمل الروتيني بكل أسف .

ودراسة الطب تبدأ بسنة في كلية العلوم تصيد فيها ما درسناه في الثانوية العامة ناقصاً في بعض الأجزاء ومفصلاً في أجزاء أخرى وتسمى السنة الإعدادية ، وطالما تساءلت أثناءها وبسدها لماذا أضاعوا هذه السنة من عمرى ، فنذ انتهيت منها لم يبق في غنى شيء مما درسناه فيها ، واضاعتها تم على حساب إطالة المدة الدراسية ، وعلى حساب التدريب العملى والكلينيكي في المستشفى ، ومهما قلت وكررت في هذا الأمر فإنهم يتمسكون بأن العلوم الأساسية هي الأساس ، وهذه حقيقة ولكن أساس ماذا ؟ فلنحدد الهدف أولاً ثم نرسم الأساس على قدر ما نريد الوصول إليه ، ونحصر القصة بطريقة مخففة في السنتين الأولى والثانية فالطالب يفرق في بحر من التفاصيل ويعرف مسار أدق الشرايين وفروع

الأعصاب وحتى طبقات « الشفت » أو « الفاشيا » ، وكأنه يدرس التشريح للتشريح وليس التشريح للطب ، وقد عانيت من ذلك كله ما عانيت ، ولكن « فلحي » ونضجى (١) أجل ثورتي حتى أكتسب مؤهلات الثورة ، ولو رفض عتلى حينذاك هذا اللغو من البداية ما توصلت لكتابة هذا الكتاب أو غيره أبداً ، وقد كنت أحمل على نفسي يشق الطرق حتى لا ترفضه ابتداءً ، فينهار كل شيء قبل الأوان ، وألجأ إلى التلخيص تارة وإلى التنكيث أخرى حتى أفسح مجالاً بين خلایا غنى لاستقبال هذا الكم المسائل من الألفاظ الجوفاء ، ولو بصفة مؤقتة حتى يمر الامتحان ، وقد كانت ترضى هذه المعلومات بالإقامة المؤقتة داخل تجاعيد غنى ثم تلفظ في أول فرصة بعد الامتحان ، وأذكر ذات مرة وكنت في السنة الثانية أن هاجمونا قرب آخر العام بكتابين في فرعين من فروع مادة « الفسيولوجى » ولم يكن هناك وقت كاف لاستيعابها وكان واحد منهم فى العضل والأعصاب والآخر فى الحواس الخاصة ، وارتبكت ، وعبثاً حاولت أن ألقهما بظاهر عتلى ، وأخيراً اهتمت أن أتحايل على عتلى بأن أعمل موجزاً على طريقة الكتب الصفراء ما زلت محفظاً بهما حتى الآن أضحكك كلما شاهدتها وأنا أقلب مكتبتى واسمها ، عجب فى الطب أوردته هنا لا تظهر مدى تحايل على عتلى قد سميت الأول « مفرح الأحباب ... فى العضل والأعصاب » والثانى « آخر همه ... فى الحواس الخمسة » إشارة إلى الهجوم التدريسى فى آخر لحظة على عقولنا .

وكنت دائماً أقول ما أسخف كل هذا .

ويستر السخف في السنين التالية ، وفي السنة الرابعة والخامسة يعرف الطالب عن الجثث في علم الطب الشرعي ، أكثر مما يعرف عن المواطن الإنسانية الرقيقة في علم الطب النفسي - ولـى عودة قصيلة في هذا الموضوع .

وقد خرجت باضلياع محدد من كل هذا الطريق وهو « إن تدريس الطب بهذه الصورة عملية منظمة لتحويل إنسانية الطالب إلى آلية جهاز الضنط والترمومتر ، وكأنها طريقة منظمة لقتل كل للشاعر ، والقضاء على الفكر الانشائي والاتجاهات الابداعية لدى الانسان » .

إن التركيز على تفاصيل عروق أصابع القدم دون مشاعر الانسان المريض هو تشويه للانسان وتمويق للتطور ، وإذا استمر الحال على هذا الموال فخلق بنا أن نخفف من غلواتنا في الحديث والبقاع من المهنة الإنسانية الأولى ، ونحن نسلبها كل ما فيها من إنسانية بطريقة التعليم أولا ، ثم بالنكاسب بعد ذلك .

الطب من الكتب :

وقد طغى في الطب التعليم النظري على التعليم العملي والا كليونيكى طينافنا غلًا ، فتدحل الكتب محل الاتصال الشخصي العاطفي بين المعلم والصبي ، أو بين الشيخ والمريد ، تدهور مستوى الطبيب تدهورا رهيبا .

والكتب بصفة عامة خطر على قارئها رغم أنها من أهم مصادر المعرفة في عصرنا الحاضر ، ولكنها ليست بديلة عن التعلم بالممارسة والنشاط ، وكما يقول برناردشو « النشاط هو الوسيلة الأولى للتعلم » ، وإن صدق هذا على أحد قاته يصدق علينا تماما ، لأن قددينا للكلمة المطبوعة ينسينا طريقة التسليم المثل بالنشاط والممارسة ، والانسان الحديث لا يستطيع أن يلم بكل ما تخرجه المطابع التي تتخفا كل يوم بأكثر من ألف كتاب ، ولا سبيل أمامه إلا أن يتقى ما يقرأ ، وأن

يوافق بين ما يحتاج وما يستطيع ، وأن يصل ما يعلم ، ويعلم ما يعمل ، وبذلك يصبح وحدة فعالة متكاملة ، أما أن نركز على تشويه طريقة التعليم وتقييم الانسان للتعليم بقدر ما يحمل عقله من معلومات فهذا تأخر لا يتناسب مع مرحلة تطورنا ، بل إن طريقة الدراسة الحالية والثلاثة في قيمة المكتوب يحمل خطر سجن عقولنا وراء المسلمات والحقائق القديمة ، وهذا السبيل يحمل الكتب ضارة وليست بنير فائقة نجسب ، وقدما قال رالف إمرسون « الكتب خير الأشياء إذا أحسن استعمالها ، أما إذا أسئ فهمت من شر الأمور ، ماهو الاستعمال الصحيح ؟ وما هو الغرض الوحيد الذي تهدف إليه كل الوسائل ؟ ليس للكتب فرض سوى الإلهام ، وأنه لن يغير لي ألا أرى كتابا من أن تضلني جاذبيته عن مجال ضلالا مبينا ، أو أن أصبح تابعا بدلا من أن أكون صاحب رأى » .

إذا . . . فالكتب وسيلة لتوسيع المدارك ولنقل اللفظ ليست رباطا يلف حول التفكير المجدد ، وهي تنير الفكر وتغير الطريق ، ولكنها ينبغي أن تكون وسيلة تساعد وليس بديلا يعوق ، وتركيبنا بالقدرات يجعلنا نعيد الكلمة المطبوعة وكأنها صنم إله ، بل إننا نقرأها بلا تحفظ وتأخذ كل فرض على أنه حقيقة ، وكل احتمال على أنه حتم ، وكل وجهة نظر على أنها قانون ، ونشئ في قراءتنا دائما العبارات السابقة واللاحقة للحقائق المحتملة التي تنزل بنا إلى أرض التواضع العلمي والحذر مثل عبارات « من المحتمل ... » ، « يبدو أن .. » ، « قد يكون ... » ، « ربما يشير هذا إلى ... » ، إلى آخر هذه العبارات التي تحدد قيمة المعلومات ، ولعلنا نأخذ ما قرأنا بطريقة الجزم واللباقة وكأننا نهرب من محاولة التفكير ، إذ أنه لو كانت هذه « المعلومة » ربما ، فما هو البديل ، أليس في ذلك دعوة للتفكير ونحن بطريقة حياتنا وطريقة تعليمنا نشعر أن أخطر الخطر يأتي من [

التفكير الحر، لذلك نلجأ إلى تضخيم المشاهدات التفصيلية، لنعمى عقولنا من التمرس لخطر الانطلاق الحر فى متاهات الفكر الطليق.

إذا... فالكتب بصفة عامة تحمل الفائدة وتحمل الخطر معا، ولا بد أن تعلم طريقة قراءتها حتى نستفيد منها، وهى بالتالى، وخاصة فى الطب، لن تنفى عن العلاقة بين العلم والتعلم، وينبى أن تعلم كيف تقيم الكلمات، وكيف فهم، وكيف نستوحى بما قرأ الإلهام، وكيف تثير قدرتنا على الرفض، وعلى الانتقاء، يقول إمرسون مرة ثانية « فلكى نحسن القراءة يجب أن تكون منشأ... » فهناك إذن قراءة منشئة. كما أن هناك كتابة منشئة، وحينما يقوى العقل بالعمل والاختراع تصبح صفحة أى كتاب تقرأ مضيئة بالإشارات الجديدة وتضاعف دلائل البارة الواحدة ».

و كنت أفسد دائما، لماذا أحاول أن أعمل ملخصات حتى للكتب السهلة للوجزة الواضحة، بل إن الأمر كان قد يصل إلى أن يكون للخص مطلوباً عن الأصل، المهم ألا يكون كتابا مطبوعا بل بخط يدي وأسلوبى، وبالتالى أحرر من سجن اللفظ المفروض وأصاحب اللفظ الخاص بى، وكأنى بذلك كاتب الكتاب وصاحب المعلومات، فتصلح بهذا أنا والكتاب وأسمع لحنوا بأن يكث فى ذهنى السدة المقررة، وحتى المحاضرات لم أكن أستطيع أن أتبعها أبداً فضلا عن أن أكتبها حتى كفتت عن حضورها تماما لدرجة أن زملائى كانوا يتندرون على قائلين أنى من « طلبة المنازل »، لأن المحاضرات - فى إجمالها - كانت تقال بنفس طريقة الكتب بل كانت تصل إلى درجة الإملاء، وما زلت حتى الآن وأنا أدرس لا أستطيع بأى صورة من الصور أن ألقى محاضرة أو درسا، وأعتقد أن هذا إهانة للمحاضر والتعلم معا...، ولكن الطلبة تصر على الإملاء وعلى التدوين الحرفى، وكأن الأمتاذ قد أصبح من

شعراء الجاهلية، وكان الطلبة هم الرواة يحفظون عنه ما يقول عن ظهر قلب، هو يقول وكأنه ينثر الدقائق والثمين والطالب يحمله بلا روح ولا نبض ولا هدف سوى الامتحان، ويروى الرواة الشعر في الأسواق (الامتحانات) وتكرر التمثيلية كل عام .

وحين ظهرت الكتب الحلية للأساتذة المحليين، حلت إشكالات ضخمة مثل إعفاء الأستاذ والطالب من عملية الاملاء وكذا التخلص من النقل الحرفي عن الخبرة الأجنبية، ولكنها أنشأت إشكالا آخر وهو تعطيل ذهن الطالب عن التأليف بين المصادر والتوفيق والابتكار، وأصبح الكتاب المقرر هو المصدر الأومد للمعرفة، وبذلك ضاعت على الطالب فرصة أن يجد ذاته الخاصة من وسط الكتب المتعددة . . وجعل الطالب يلتزم بالكتاب المقرر حرفياً، بل بالجزء المقرر من الكتاب المقرر، وإذا حدث أن قرأ - خطأ - جزءاً غير مقرر، وعلم بعد ذلك أنه غير مقرر، فأفك تراه يشد شعره أسفاً على ما كان، ليس لمجرد أنه كان يستطيع أن يملأ وقته بالأكثر فائدة، بل لأن شيئاً غير مقرر دخل عقله خلسة، ومجاهد - لو استطاع - أن ينساه، وكان الله خلق عقولنا لمعلومات بذاتها لا ليصح أن نزيد عنها خشية أن يمتلئ المخزن بما لا لزوم له ولا يبقى مكان للآهم، وكان العقل الانساني اقلب مخزناً للمعلومات، وباليته مخزن محكم، إذ أن محتوياته تتسرب بفعل الزمن وعدم الاستعمال، ونسى بذلك أو نسل بذلك العمل الأساسي للعقل البشري وهو الابتكار والتجديد ونسى أن الكتب هي مجرد معين للذاكرة كما قال أفلاطون على لسان سقراط في فيدروس، ونسى في تدريسنا أن للعقل وظيفة - غير كونه مخزناً - ينفي أن تنسى على التفكير الانشائي، وعلى المنطق المرتب وعلى النظرة الكلية، نسى ذلك لأننا نهمل ارتباط العلوم ببعضها بعضاً، وتناساه خوفاً من التفكير الحر .

الطب والفلسفة :

ومنذ قديم وأنا أرفض الانزلاق وراء الجزئيات على حساب الكل وأشعر أن هذه مشكلة الشاكل ، وقد انزلق الطب إلى التفاصيل على حساب المفهوم الكلى للعلم وللإنسان ، ومنذ انفصل الطب عن الفلسفة والناس تصور أنه أصبح أكثر « علما » وأقل « لاسطقا » ، والحقيقة أن هذا الانفصال لا يعنى الاختلاف أو التضام ، وإن بدا كذلك لأول وهلة ، فالعلاقة بين العلم والفلسفة علاقة قائمة ومستمرة ، ولن أمتطرد في الدعاوى التي فصل بينهما ، والأسانيد التي توفق بينهما ، وإنما لابد أن ندرك ونحن نراجع أنفسنا أن التفكير الفلسفى - بمعناه الحقيقي والحسابى - هو أصل العلوم ، وعليها أن نرفض أن يكون مفهومنا عن الفلسفة هو الحديث فيا لا طائل وراءه مما يترتب عليه مانسعه من البعض وهم يهتمون بعضهم البعض بالفلسف ، وقد اقترنت كلمة الفلسفة بالصعوبة أو السفطة أو المباحثات النظرية التي لا جدوى منها ، وكل ذلك خطأ شائع ، فليس أقدر على التفكير الفلسفى من العقل الحسابى ، وكثير من الفلاسفة قد اهتموا إلى حقائق علمية تتعلق بالمحسوسات قبل اكتشافها بسنين لجرد اعتمادهم على التفكير المرتب ، والتقدير المضبوط والحساب الدقيق ، ومما يؤيل كانت ، فيلسوف العصور الحديثة - كما يسميه أستاذنا المقاد - ، قدر مكان السيارات الشمسية قبل تقدم التليسكوب لا اكتشافها وثبت صحة تقديره تماما ، فالعلاقة العلم الرياضى بالفلسفة علاقة قديمة ، وأفلاطون يذكر في القوانين (٨١٨ ب) أن جميع المواطنين يجب أن يتعلموا العلم الرياضى أى الحساب والهندسة والفلك ، وهو الذى كتب على أكاديميته « من لم يكن مهندسا فلا يدخل علينا » .

إذا فالفكر المنطقى والفلسفى والحسابى أساس لئى فكر علمى وينبئ أن تكون تنميته أساسا لئى تعليم ومن ثم تقدم علمى ، وينبئ ألا نخاف من صعوبة فتوجه اهتمامنا هربا منه - إلى التفاصيل السهلة ، لأن الضل على صعوبة سيذلل بعد ذلك معرفة التفاصيل ، وطالب الطب القدى هو أدكى من طالب

الأدب - من واقع المجموع - لا بد أنه أقدر على استيعاب أساسيات الفكر الفلسفي من طالب الأدب، ولا بد أن يكون تدريس أصول التفكير جادا وأساسيا لأنها القاعدة التي سيقرب عليها كل شيء. بعد ذلك فلا تؤخذ على أنها علم ثانوي يصلح أو لا يصلح، وإن كانت قلة مشاهدات العلوم في قديم الزمان قد حالت دون الزواج بين الطب والفلسفة، فإنه قد آن الأوان بعد أن عمت المشاهدات وتضاعفت حتى كادت تتألف في كل منسق، أن نعبد النظر في ذلك الطلاق الذي تم في ظروف استثنائية، قد رأى ابن سينا أن القاروق بين الطب والفلسفة ضخم فلا في عهده، فراه قد وضع للطبيب - في كتاب القانون - حدودا يجب ألا يمتدأها إلى ما هو عل الفلسفة، وقد كان منشأ ذلك قصور العلم وقلة المشاهدات كما ذكرنا ولكن التقدم جعل للعلم نظرة كلية يستطيع أن يدلل عليها ويؤلف من جزئياته المتزايدة كيلا متناسقا، وبذلك يعود التوفيق مرة ثانية بين الطب والفلسفة.

وبما أن كليات الطب تمد الطبيب ليتعامل مع الانسان ككل قبل أن يتقابل معه جزءا جزءا، قد أحسست دائما أن الاهتمام بدراسة الكل ينبغي أن يكون الأساس في تعليم الطب الذي مازال يهتم بالقرع دون الأصل، وتنمية الحفظ دون تنمية قدرة الابتكار، ودراسة تركيب الخلية دون دراسة مفهوم الانسان، ناسين في كل ذلك أن الطبيب سيعامل رجلا أو امرأة أو طفلا قبل أن يعامل إصبعا ينزف أو كلية تقطن.

فإذا كانت الفلسفة هي علم الكليات فإن الواجب أن تأخذ حظها في تنمية فسر الطالب وتوجيهه بدلا من إضاعة وقته في تفاصيل قد لا تنفعه إلا بعد التخصص الدقيق.

وقد رأى هيبوقراط أهمية هذا الزواج بين الطب والفلسفة، ومجد من يستطيع

ذلك شجيدا يقاربه من الآلهة حيث قال « إن ما يصلح للطب يصلح للفلسفة ، وما يصلح للفلسفة يصلح للطب ، وإن الطبيب الفيلسوف يساوى الآلهة »

وإني أكاد أوقن أن إعمال تدريس مبادئ الفلسفة وتنمية التفكير المنطقي يرجع إلى الاستسهال والليل إلى السلامة أولا وقبل كل شيء ، ومبدأ السلامة مفضل دائما للحفاظ على ما هو قائم ولكن ليس كل ما هو قائم صوابا ، وإنما ينبغي أن تكون حياتنا نخلق ما هو أضع وأبقى ، والاستغراق في الجزئيات يعمينا ولكنه لا يهدينا ، وهو ضرورى ولكنه غير كاف ، ونحن نهمل تماما ما لا يتلاءم مع معارفنا بصفة عامة ، بل وما لا يتلاءم مع درجة أماننا واستقرارنا وراء مفاهيم معينة تحميها من رؤية الكل المتكامل ، وبالتالي من مسئولية المعرفة .

ونحن نتبع هذه الطريقة حتى مع المرضى النسيين ، فإنا إن يتكلم المريض كلاما لا نفهمه ، حتى هول أن عنده عرضا نسميه التفكير الفلسفى الزائف Pseudophilosophical Thoughts فإذا سألت القاصص كيف عرف أنه زائف ، قال - أو كاد يقول - لأنى لم أفهمه ، ولا نحاول جادين أن نفهم ما وراء حديث المريض شبه الفلسفى ، ولا ما وراء جهل الطبيب الفلسفى ، لأن ذلك كله صعب وربما مخيف . .

وهذا هو نفس الأسلوب الذى يتبع فى تجنب دراسة الكليات فى كلية الطب مصداقا لقول ألكسيس كارل فى كتابه « الإنسان ذلك المجهول » (الحائز على جائزة نوبل) « .. إننا نفضل دراسة النظم التى يمكن حلها بسهولة والتقدم منها بوسائل سهلة .. لأن عقلنا يميل إلى الدقة والحلول الدقيقة وما ينتج عنها من سلامة عقلية ، إن بنا ميلا لا يقاوم يدفعنا إلى أن نختار

ألموضوعات ذات السهولة الفنية والوضوح بغض النظر عن أهميتها »

الطب والتمن :

وقد كنت أحس دائما أنه إذا كان الطب في أساسه علما بكل ما معنى الكلمة من معان ، فهو في ممارسته فن بكل معنى التمن أيضا ، والتمن ليس مجرد الإبداع الفني ولكنه العمل الخلاق أيا كان ، أو يمكن أن نسميه العمل المتغير المجدد ، لذلك فإن ممارسة الطب فن لأنه أيضا عمل متغير ومجدد وليس فقط للتسكين وإزالة الألم ، وقد رأيت هذا أصدق ما يكون في الطب النفسى إذ يتصف عمل الطبيب النفسى - أو ينبغي أن يتصف - بالأصالة والجلدة والقدرة والفعل معا ، وإذا كان الانسان في حركته للتطورة الدائمة يتجدد باستمرار ، بل هو يولد باستمرار ، يلد هو ذاته ويخلقها كما شاء في إطار عائلته النابض بالحياة لا المستسلم لنظائرها ، ثم هو يطلقها في رحاب القد تصنعه بشكل مغاير ، فإن الطبيب عامة لابد أن يساير التطور فيطور ذاته ، لأنه العامل الانسانى الأقرب إلى مشاعر البشر إذ هو أقرب من يصاحبهم في تطورهم لأنه لا يمثل السلطة كما لا يمثل الدين ، وإنما يمثل المساعدة الانسانية الواعية القريبة من قلوب البشر ، وقد تصورت أن « وزارة الارتقاء » التى دعا إليها برناردشو ينبغي أن تكون من الأطباء النفسيين ، ثم تصورت أن الأطباء وخاصة الممارسين العاملين سوف يكونون وعاظ هذه الوزارة وكهنتها على شرط ألا يتجسدوا مثل الوعاظ والكهنة التقليديين ، فإن الجود ضد التطور ، وبالتالى فهو ضد الدين ، لأن الدين هو فى صلبه وروحه دعوة إلى الرقى بالإنسان ، وإلى التطور ، وبذلك تصبح أى دعوة إلى التمسك بالقديم والجود هى دعوة صريحة ضد الدين فى جوهره ، فقلت فإن الأطباء - وعاظ وزارة التطور - ينبغي أن يكونوا فنانين فى المقام الأول لأن الوعى سيهبط عليهم أثناء تأدية رسالتهم السامية ، فالوعى بالحق والتغير وبالتطور ما زال قائما ، والله لم يمت حتى

تتوقف بالتفكير والتطور عند مرحلة من الجلود تجعل البديل الوحيد أمامنا هو الارتداد والتخلى عن إنسانيتنا ، ولكى يكون الطبيب فنانا ينبغي أن يكون إنسانا ، وينبغي أن نهتم في التعليم الطبى بتنمية قدراته الخالقة، بدلا من حشر كرم من المعلومات في رأسه على حساب قدراته الفنية .

وقد وجدت أن الأطباء جميعا يستعملون قدرا ضئيلا جدا من المعلومات الطبية وخاصة بدق تقدم الطب الملاحى للأمراض الشائعة، فأغلب المرضى يارتقاع درجة الحرارة مثلا يبدأ علاجهم بالسلفا والأسبرين ونشئ بالبنسلين أو البنسلين أو أخواتهم، فإذا طالت المدة أخذوا كلوروماستين ودمتم أو فى النادر نلجأ للزرعة والحساسية وغيرها . بل إنه حتى فى فرع تخصصى الذى هو من أدق الفروع، تكاد الروشتات تهفى فى مضمونها مهما اختلف الطبيب، فكل روشتة تحوى « مهدى » ومضاد للاكتئاب وأحيانا منوم « وفيتامين » ودمتم أيضا، وقد دعانى هذا إلى التفكير فى عمل الطبيب الحقيقي، لأنه إذا كانت الحالات السهلة يعالجها كل الأطباء على السواء، والحالات الصعبة تظهرها معامل الأبحاث والأشعة ، فإذا فعل الطبيب بالضبط ؟ لا يمكن أن يكون العلم وحده هو سر نجاح الطبيب، بل هى شخصيته وقدراته الفنية التى محمد ذلك ، على أنى هنا أريد أن أعتبر النجاح مقياس حديثى، إذ يمكن الحصول عليه بأساليب لا تمت للفن بصلة إلا إذا أدخلنا « فن القهولة » من ضمن الفنون .

يقول إلفان فينشدين فى كتابه « التقدير الأكلينيكى » ، « إن الخبرة بمجوار السرير نادرا ما تعتبر خبرة علمية أكاديمية لها أبعادها الفكرية والعلمية المحددة ، بل إن الطبيب الممارس يعتبر ملاحظاته الأكلينيكية من قبيل الفن الذى يمارس فيه ذكاه وواقعه المهني ، وتقاليد ، وإنسانيته ومشاعره واهتماماته ، وليس علمه بحسب » .

ولكن التعليم الطبي - كما رأيت ومارسته - يهمل هذه الناحية تماما ويتركها لحظ الطيب أو بالفة الدارجة « لحداثته » .

وقد وجدت أن اهتمام التعليم الطبي بالعلم دون الفن أمر سخي ، لا يخرج لنا أطباء بل يجاميع من الناس تحمل ألقابا ، يحسبهم الناس رسل الرحمة وهم في الأغلب أجهزة للتسكين ، ونحن لا نزال نتحدث للناس عن آمالهم في هذه المهنة ، ولا نحاول تحقيقها أو حتى السير في اتجاهها ، وأنا لا أبالغ مبالغة برناردشو في المعجوم على الطب والأطباء ، ولكني أقول أن هذه الفئة من أولى الفئات التي تشوهت إنسانيتها نتيجة لطرق التعليم السائدة ، وأن تشويهها جريمة بشعة لأنها تتعلق بصحة الناس .

ووجدت أنه ينبغي أن نكون صادقين :

« فاما أن نعلن للناس أن الأطباء غير ما يحسبون
وأما أن نجعل الأطباء كما يحسبون » .

التعديل من واقع الحال

لقد خطر ببالى مرة أنه لو جاء باحث ، أمين يريد أن يرتقى بتدريس الطب ، فليبه أن يجرى بحثا ميدانيا لمارس الطب على مختلف المستويات ، فيجرى له مقابلة مفاجئة (أو شبه امتحان) في مدد متراحة : عقب التخرج مباشرة ، وبعد عشر سنوات وبعد عشرين سنة ، ولطه بهم أساما بالممارس العام ليرى ما تبقى في عقول هؤلاء الأطباء بعد هذه السنين ، وهم يؤتمنون على الأرواح بشهادة الجامعة وترخيص الحكومة ، وخبرة ، الحرفى وشبهة التاجر ، وضمير الانسان الحالى ؛ ولناخذ نتائج هذا

البحث إلى كليات الطب القائمة لتطوئهم على مصير ما يحشرون في أدمغة الطلبة بلا طائل .

ولاستكمال هذا البحث أقترح القيام ببحث آخر على المرضى قضا لهم ماذا ينتظرون من طبيهم وماذا يصورون عن معلوماته . .

وبعد ذلك ندرس ما ينبغي تدريسه

ومن كل هذا يخرج الشكل الجديد ، فننظم مهنة الطب على أساس واقعي وتطوري، ولكن يبدو أن كل ذلك لا يهم عند القائمين على أمر التعليم الطبي ، اللهم أن يقولوا ما في ردوسهم بض النظر عن « لماذا ؟ » أو « ماذا يد ؟ » وأتذكر ابني وهو يحاورني قائلا « لماذا يفعل الناس هكذا ؟ » إنهم يرسلون أولادهم للدارس لجرد أنهم يلقوا من الدارس « وأقول بدوري « ونحن نعلم الطلبة ما نسميه طبًا ، لأهم طلبة في كلية الطب لا لتصنع إنسانا عاليا فانا نسام في حفظ النفوس والأجساد على صحتها ليكملوا طريق الارتفاع .

تدريس الطب النفسى :

إذا كنت قد دعوت إلى دراسة التفكير للنطقى والفلسفى ، وتنمية الفكر الاجكارى والقنى لطلبة الطب فما كان ذلك إلا تمهيدا لمناقشة تدريس الطب النفسى وما عايناه في هذا السبيل وما زلنا نعاينه ، والأمر في مجلته محير أشد الحيرة لأن التناقض لزمه ليس له تفسير مباشر .

تذهب إلى أى مختص وتشرح له الموقف وتقدم له الذكريات والاحصاءات وتقول له أن ٦٠٪ إلى ٧٠٪ من المرضى مصابون بأمراض اضمالية أو - على الأقل - يدخل الاضمال في إحساسهم بالمرض العضوى ، فيحس ويقول بل أكثر ، وتقول بجاء القرح ، ويحدثونك عن حالات وحالات يشاهدونها نتيجة لاضطرابات نفسية وأن الدنيا أصبحت مليئة بهذه الحالات في الأنوبيس وفي

يجلس البككية وفي الشارع وفي العيادة ، ولا نجد أماناً سبيلاً إلى الافاضة في هذا الطريق ، فمعلومات المسؤل شاملة كاملة ، وحين تقترب من النقطة الهامة ونطلب وقتاً للتدريس وامتحاناً يحفز الطالب على الحضور ، يبدأ التناقض الشديد بين سابق الكلام ولاحق العمل ، فلا استجابة ولا تنفيذ . . .

ويستمر الحوار وتظهر الحجج .

أول حجة : أن علمكم صعب ، والفنى يقدر صعوبته يقدرها بمقياس بسيط جدا هو « ما لا أعرفه أنا فهو صعب » وهذه قاعدة أساسية في كل تفكير عام ، وتقول له أن العلم ليس صعباً وأن صعوبته ناشئة من أنه غير مطروق ، وأن المروف منه هو التشويهاات وليس الأساسيات ، ولكن القاعدة السابقة غير المنطوقة هي التي تحكم النقاش .

وثاني حجة - وهي حجة تناقض الأولى تماماً - قول أن ما يحتاجه الطالب من هذا العلم هو المعلومات العامة التي يعرفها كل واحد ولا داعى لحشر عنه تفاصيل أكثر ، فإذا قلت له من أين للطالب - أو لسيادته - بهذه المعلومات العامة ، قال هذا معروف لكل الناس ولا يذكر من أين هو معروف : من صفحات الجرائد أم من مسلسلات التليفزيون ؟

وناقشه ، ثم أناقش هسي ، ولا أنتهى إلى حل أبداً ، وأقترض أن اعتراضاته صحيحة تماماً ، ومع ذلك فأتى أجد لها لا تعارض مع تدريس وامتحان هذا العلم ؛ فإذا كان العلم صعباً فإن البهرة بالأهمية التي اعترف بها وليست بالصعوبة ونحن ندرس ما يبنى وليس ما نستعمل ، لأننا نعد الأطباء حسب متطلبات الزبون ، والزبون هنا هو المريض الذى يحتاج إنساناً يامله . يعرف مشاعره مجلداً يعرف أعضائه ، هذا رد حجة الصعوبة الزعومة . .

أما حاجة المعرفة التفصيلية فلو أخذنا بها فرضاً فلماذا نختص بها الأمراض النفسية، وإذا عمناءها على فروع الطب فإن ذلك يعني أن تتلقى كلية الطب معتمدين على المعلومات العامة التي نستقيها من المصادر العامة ، ولا أدري لماذا تطبق هاتين القاعدتان على علم الأمراض النفسية دون سواه .

الصلة الكلية

يشير أستاذي الدكتور عسكر أن السبب في هذه المعارضة هو سبب رأسمالي أساساً، ذلك لأنهم يريدون أن تظل عياداتهم ملأى، ولكنى لا أقتنع بذلك أبداً، لأن عياداتهم ملأى ، والمشكلة هي كيفية تخفيف التردد في زيارتهم عند أغلب المعارضين ، وأكثَر من ذلك فأنا ألاحظ أن نعلم الطب النفسى للبارس العام والإخصائيين في القروع الأخرى فترض أن هؤلاء سيقومون بعلاج عدد كبير من الحالات النفسية دون حاجة إلى تحويلها لإخصائى الطب النفسى ، فيكاد يكون المنطق الرأسمالى مقولاً لأننا نصر على التدريس وبذلك تعرض لعدد أقل من المرضى ، وهم يصرون على عدم التعلم وبذلك لا يحسنون علاج المرضى الذين لا يحولونهم .

ولا أفهم .

وأظلل أسأله إذا ما هو السبب ؟

وتلح على مقدمة مسرحية برناردشو «حجرة طبيب» (التى اقتبست منه عنوان هذا الكتاب) وأرفض مقالاته فى الهجوم على الأطباء ولكنى أعود لأتمسك له الخد مرة ومرة .

وأذكر ميلينهم أبو قراط الطب الانجليزى لما سئل ذات مرة عن الكتاب

الذى يجب على الطبيب الناشئ أن يطالعه ليهتدى به أجاب ساخرا كتاب دون كيشوت .

وتوارد على خاطرى كل مدرسته في علوم البكالوريوس وأجد أننا كنا ندرس أشياء كثيرة صعبة لامتى لها ولا فائدة منها ولكن أحدا لا يترض ، بل إن الطالب الذى لا يعرف تفاصيل عملية لن يصلها في حياته (إلا إذا أصبح جراحا عظيما ، وهناك ميدرسها كما ينبغي) يرصب باذن الله ، وتسأل لماذا رصب هذا الطالب ، فيقولون تصور !! « تصور أنه لم يعرف عملية تانر » أو « كيف ينبج وهو لا يعرف عمليتي بل روث الأول أو بل روث الثانى ؟ » وأقول في نفسى « ياه .. ليس له حق ، الظاهر أنه لكي يعطى حقنة الطرطير في وحدة نائية في الريف لابد أن يحفظ عن ظهر قلب عملية بل روث الأول والسابع عشر أيضا وإلا فليس له الحق أن يصبح طبيبا » .

ياسبحان الله ، ليس مهما أن يتعلم الطالب كيف يكلم فلاحه تنزف دما ، ولا كيف يسأل عن ابن عامل هل نجح في الابتدائية أم لا ، قبل أن يبرى بطنه ليجس طعنه ، ليس مهما أن يتعلم فن الاستماع ولا أن يعرف وظيفته في الحياة ، ولا معنى لوجوده ، ولا طريقا لخلاصه ، ولكن المهم أن يعرف القوس الشريانى الميق في باطن القدم ، وكأن النزيف إذا حدث في أقصى الصعيد سوف يختلف إذا كان من القرع البطنى عنه إذا كان من القرع الجانبي من ذلك القوس الشريانى الميق . . . III

ليس مهما أن ينزف الانسان الواقف أمامك من كرامته وشرفه وهو يلهث عطشا إلى انسان يسمنه ، لأن المهم أن فروع الصب الحائر داخل الجمجمة هي كذا ، وأرجع إلى التساؤل :

لماذا نخاف الانسان ككل ؟ نحن نهرب من السكل بالاستغراق في

الأجزاء ، إن الانسان إذا أراد ألا يرى شيئاً فهو إما أن يغمض عينيه وهذا هو الجبل ، وإما أن يركز على الجزء دون الكل وهذا هو التجهيل . . لماذا نخاف الانسان كوحدة متكاملة ؟ هل لأننا لا نريد أن نعرف أنفسنا ؟ أليس هذا هو سر ضياع إنسان العصر الحاضر .

ويكاد الأمر يحسم في مخيلتي على الصورة التالية تجرى على لسان حال المعترضين :
« أنا أخاف أن أعرف نفسي . . . إذاً فلا داعي لذلك طلباً للأمان ، ولكن لا بد لي من المعرفة فلأعرف الأجزاء وأتلهى بها . . وبعد ذلك فلا لا أعرفه فهو ليس مهماً . . أو هو صعب وضعيف . . إذاً . . فلا داعي لدراسة العلب النفسية . . ولتحكم الرباط »

وتتردد الحبيج في مجالس الاجتماعات وتسمع العجب ، ومن العجب قولهم
« كيف أطالب الطالب المسكين أن يعرف مالا أعرف أنا ؟ »

حقيقة الطالب مسكين ! !

وإنسان هذا العصر مسكين . .

وكان وظيفة التعليم في العصر الحاضر هي ، تثبيت النظام ، وكان التعليم وهو المفروض أن يكون الوسيلة الأولى نحو التطور قد أصبح الصوق الأول ضد التطور ، وكان الهدف الأول هو أن تؤكد الشيء القائم لا أن أنى القدرة على التفكير .

أنا امتحن . . فانا موجود :

ونختطف عشر درجات من ثلاثمائة وخمسين درجة في السنة الثانية لندرس فيها « علم النفس » وليس « العلب النفسية » ، وننتهزها فرصة وندرس -

ويحضر الطلبة بالثلاث من أجل خاطر هذه الدرجات العشر ، ونشجعهم أكثر بأن يجلسوا محاضرة مفتوحة لكل ما يين لهم من أسئلة .

وبعد فترة قصيرة يئتنا وبين الطلبة ، وتزيد الأسئلة المفتوحة وكلها أسئلة عظيمة وهادفة وبناءة ، ويصحب الطلبة وأتسبب معهم ، وبعضهم يسأل « لماذا نعيش ؟ »

وكان الأجابة على هذا السؤال وأمثاله من الصاهة بحيث لا يصح التطرق إليها ، أو إضاعة الوقت فيها، ونحن ندرس الطب ذلك العلم النعم المحد ، ولكن الشباب يسأل ولا بد من الإجابة ، وأعلن أنه يستحسن أن نجيب عن هذا السؤال بنفس الاهتمام على إجابتنا عن « لماذا تفرز البولينا من الكلى بسرعة كذا في الدقيقة ؟ » إلا إن كنا نعيش بالصدفة، و نفرز البولينا مع سيق الاصرار والترصد . وأعود لأناقش مع هسى هذه المقاومة مرة ثانية ...

لماذا كل هذه المعارضة ؟

وأهتدى إلى احتمال أخير وهو أن بعض الناس يقيم نفسها بقيمة العمل الذى تسمه ، وهى فكرة مشروعة وطبيعية « فأنا بقدر ما أعمل » ، فإذا كان تقدير العلم يحدد الدرجات . فإن يمسك أحبابه بكل الدرجات فى حوتهم يعطيهم قيمة أكبر ، وبالتالى يكون التنازل عن أى درجة من الدرجات لأى فرع من الفروع هو تنازل عن جزء من الكيان يهدد الانسان فى صلب وجوده ...

وأقول لنفسى .. لا تبالغ .. ولكنى لا أستطيع أن أطرد هذا الاحتمال ويحدثانى الجزء الشقى من عقل فيضع هذه الصيغة أمامى :

« أنا أمتحن قانا موجود »

يا سبحان الله !

والطلبة ؟ .. والشباب ؟ .. والرضى ؟ .. ومصير الانسان ؟

إذا ... لا بد من ثورة .

صراع التطور .

وفي تصوري أن الإنسان متطور بالضرورة ، وأن قيمة كل قدم في أساليب حياتنا وكل أهمية اختراعاتنا المادية ليست في مدى الرفاهية التي تحققها للإنسان ، ولكن في مدى القرض التي تتيحها له للتطور ؛ وهذه النظرة رأيت الطب الجسدي يحافظ لنا على الكم أي على الأعداد البشرية التي منها سيخرج الجنس الجديد ، أما الطب النفسي - كما أفهمه - فهو فرع الطب الذي سيساعد على تكوين هذا المخلوق البشري الجديد : الحب الصادق المتوحد بمرأته ، القنان القوي السالم ، ورأيت على ذلك الصراع بين الطب النفسي والطب الجسدي صراعا صوريا ؛ إذ أن الاثنين يمثلان التطور بصورة ما ؛ ولكن علينا أن ننتبه تماما إلى خدعة ترجيح الكم على الكيف ؛ فمهما زاد الكم وزادت الأجساد السليمة فإن ذلك لا يفي إلا زيادة القرصة خلق الجديد ولاستمرار الإنسان الأفضل ؛ أما إذا زاد الكم دون أن ننزه القرصة لخروج الجديد من من ثناياه ... فقد ضاعت القرصة ، وأصبحت الزيادة زيادة أجساد تصلح لقانون « بقاء الثيران » وليست لقانون « تطور الإنسان »

فوظيفة الجسد في مرحلة تطور الإنسان الحالي أنه الأساس الذي ينطلق منه وبه النوع الجديد من البشر ، فطب العيون يحافظ على العين مثلا ؛ والطب النفسي

يحملها ترى الجمال ... وهكذا .

هذه أفكار تبدو مبالة وغريبة ولكنى أقر أنها هدتنى إلى اليقظة لصراع
التطور والتدهور إذ يطغى الكم على الكيف فى كل مجال ... وفى هذا المقام :
فى مجال التعليم الطبي .

إذا ... ومرة ثانية

لا بد من ثورة ...

ولكن .. إذا كنت قد استطعت أن أثور على نفسى فى مجال تخصصى ،
على طريقي فى العلاج ، وعلى تفسيرات الأمراض ، وعلى طرق البحث العلمى ،
قد فعلت ذلك فنيا أملك لأهلى حيرتى فى هذه المجالات ، ولكنى أمام مجال
التعليم الطبي ما زلت عاجزا تزيد دهشتى كل يوم ، وأرى أساتذتى وزملائى
يسارعون معى الجود كل يوم .. ويقاومون التشويه كل يوم .. ولكن يبدو
أن الأمل ما زال بيذا .

وفى نفس الوقت .. فإن اليأس مستحيل .

لأنه ضد الحياة .

ولأننا مصممون على الحياة .

الفصل الخامس

العلاج الأول والعلاج الأخير

« ذهب .. ذهب .. ذهب .. إلى العاطل .. الآخر .. »

معنى إسلام إلى ذلك العاطل .. الآخر .. »

رقية يوزية قديمة

(مقتطفة من دافيد كوبر)

إن كنت قد عرضت حيرتى بين الصحة والمرض ، ووقفتى أمام التشخيص والبحث العلمى . والتعليم الطبى ، فقد كنت أسعى أساما ودائما لأتبعين طريق إلى العلاج ، أنساءل : أين أنا وأين المريض ، ثم إلى أين نحن ذاهبان .

وإن كنت قد احترت أمام التشخيصات للبهمة والحالات « البين بين » فلأن علاجها يختلف عن الحالات الصريحة الواضحة ، إذ أن العلاج هو الهدف الأساسى لعلمنا الطبى ، وذلك بالمفهوم العادى لعلم الطب ، وقد أشرت سابقاً إلى أنه فى مجال ممارسة هذا الفرع من الطب بالذات ؛ ينبغى أن يصب كل جهد وكل بحث فى مصب العلاج أولاً وأخيراً ، وقد أشرت أننا كثيراً مانستعمل العلم والخبرة والحذس فى العلاج غير مرتبطين ارتباطاً مباشراً بالتشخيص ، بل إننا أحياناً نعطى علاجات بالرغم من التشخيص وليس بسببه ، كما أشرت أنه بلغ من تفصيل العلاج عما سواه أن أحداً كان يسمى بعض أنواع الأمراض باسم الدواء الذى يتحسن عليه المريض (راجع « المستيريا الاستيلازينية » فى فصل التشخيص)

وكان بديها إننا أن يكون هدفى الأول منذاشتغالى بهذا النوع — مثل مثل أى طبيب ، هو العلاج . . وأظن أن هذا هو هدف المريض فى أغلب الأحوال ، رغم ما يظهر اثناء المسيرة من مقاومة ومعارضة وتحايل ، إلا أنه بلاشك يمثل الناية النهائية من كل نشاط طبى .

لكل ذلك كان اهتمامى فى مناقشة مشكلة الصحة والمرض أن أركز على التمييز بين الانسان الذى يحضر للاستشارة لأنه فى « أزمة تطور » أو لأنه « عاجز عن التكيف » أو لأنه « انهزم أمام قوى التدهور » فالعلاج يختلف فى كل حالة ، وقد حاولت أن أقصر لفظ المرض على النوع الأخير وربما الثانى ،

أما أزمة التطور فقد أحسست منذ البداية برفض شديد لتسميتها مرضاً أو عجزاً
مهما ظهر فيها من أعراض .

وقد عرضت حيرتى أمام تشخيص التهان الكامن ، وعرضت رفضى أن
تؤجل العلاج حتى يظهر الكامن ، فالعلاج هو الهدف الأول ، ومنع ظهور
المرض فى هذه الحالات هو واجبنا الأول ، وليتظر من شاء ، ولكن المريض لن
ينتظر ، لأن تقدم المرض لن ينتظر ، وكنت أعطيه فرصة العلاج المبكر معتمداً
أساساً على حدسى ومشاركى مشاعره . .

* * *

مصادر الحيرة :

ومن أول حياتى كنت أحصل على خبرتى العلاجية من الكتب والمجلات ،
ومن توجيه أستاذى ، ولكنى كنت أجد أن المكتوب فى الكتب صعب
التطبيق جداً فى هذا الفرع من الطب ، لأن اختلاف الحالات عن بعضها البعض رغم
توحيد التشخيص اختلاف أساسى وبالنسبة التعقيد ، وكنت فى فورة الشباب
- مثل كل الشباب - أصارع كل أنواع المرض مهما كان ، بالجاس والسهر
والكهرياء والقهوم والحب ، ثم تكرر فشلى تكررارا ملحاً ، وبدأت أتواضع فى
آمالى وأبذل من حماسى ، وأحترم كل الأشياء ، وتماذيت فى المدود والتفعل حين
كُتبت فى كتاب مشترك لى مع الأستاذ الدكتور عمر شاهين « أن على الطبيب
التقوى أن يتذكر دائماً أنه طبيب وليس مصلحاً اجتماعياً ، وأن واجبه أن يساعده
الصحة مهما كانت ، ويسهم فى إعادة التكيف ، ثم يترك المريض بعد ذلك فى
الحياة يختار »

ومرت سنوات وأنا أحاول أن أضغ مزيداً من السلاسل حول عقلى ، وأربط

أعمال الكيمياء بأفكارى قبل أن أعطيها للريض لتعيد إلى حظيرة المجتمع طيباً سلساً .

ولم يهدأ الانسان فيّ ، ولم ينصرف عليه الطبيب أبداً ، وإن كان قد كسب منه جولات طوال سنين متتالية ، إلا أن الانسان في داخل رغب خسارته المتكررة بالنقط ، قد كسب أخيراً المبررات بالضربة القاضية حين بزغ النور الجديد .

الريض استلقى :

وإن كان الكتاب والبحث والتوجيه قد حددوا لي الطريق في أول حياتي ، فإن معنى الأول والأكبر كان الريض : صديقي وأستاذي ، وكما أشرت سابقاً فإن الذي تلمسته من المرحوم الفنان "كل خليفة" طوال سنوات كان معادلاً لكل خبرتي من كل الكتب والمجلات العلمية ، كنت أجالس الأصدقاء المرضى بالساعات الطوال لعدة سنوات متتالية فأفهم وأشعر وأعلم ... وهم في نفس الوقت يشغون ... رغم ضآلة علمي وخبرتي ، ولست أدري هل يتم شفاؤهم بسبب ما أعطيهم من سمع وفهم ووقت ، أم بسبب ما يأخذونه هم مني بما لا أعرف ، فقد تيقنت فيما بعد أن العلاج النفسي - وهو أقعد الوسائل في ممارسة الطب النفسي - لا يتم قط بالذكورة التي في عقل المعالج أو بالنظرية التي يعتنقها أو بالنظرة التي يراها ، ولكنه يتم أكثر بما يأخذ الريض بحساسه الصادق وحاجته العنيفة إلى صدق المعالج وإنسانيته في الموقف العلاجي ، ينض النظر عن نظريته أو أفكاره أو تفسيراته .

الأمر تاج • كده :

وحين بدأت طريق العلاج النفسى كنت مبهوراً بالبحث عن الأسباب الخفية وراء الأعراض الظاهرة ، وكنت أتصور أن استعادة الخبرات كفيل بتفريغ شحناتها العاطفية ومن ثم الشفاء ، وكنت مبهوراً فى ذلك الحين بالفسكر التحليل واستعملت للوصول إلى أغوار المريض كل الوسائل المعروفة من تنفيس وإثارة وتهذبة ثم من وسائل التداعى الطليق مما أتاحته لى خبرتى وعلى فى ذلك الحين ، وضعى كل ذلك فى القهم ، وأوصل معى كثيراً من المرضى إلى مرحلة « المعرفة مع الراحة » . . ثم لاشئ بعد ذلك ، وربما كان هذا من العوامل التى ساعدتني فى أن أعتبر المستوى المعرفى أو العقلى أقل من المستوى الخلقى (راجع الصحة والمرض) فكثير من الأطباء والمعالجين والمرضى يقولون عند هذا المستوى ويقنعون من العلاج بهذه الراحة « الصحية » ويتصورون أن هذه هى البصيرة اللازمة ، فى حين أنها معرفة وليست بصيرة ، وقليل من المعالجين من يراجع فى أمانة قيمة هذه الرحلة ويرفضها فى إيجابية ، ولكن المرضى هم الذين يتخطونها فى كثير من الأحيان لأن قدراتهم الخلاقة تنطلق بالرغم من كل شئ ، وهناك فكاهة شائعة عن أحد المرضى الراشدين الذى كان يشكو من تبول ليلى أثناء النوم ، إذ ذهب لمدة سنوات يستلقى على الحشية العلاجية للتحليل النفسى التقليدى ، وبعد هذه السنوات قابل صديقاً سأله « كيف الحال ؟ » قال « على أحسن ما يرام » وحين سأل الصديق « هل كففت عن التبول ؟ »

أجاب للمريض :

« أبداً ولكن ذلك أصبح لايهنى »

هذا الوصف الكاريكاتيرى لما يحدث فى كثير من الحالات ، ينكروه أو يتجاهله كثير من الممارسين وخاصة المحللين لأنهم لا يرون كل مرضاهم حتى النهاية ، أو لأنهم يجدون لتلك تفسيرات مريحة مثل الراحة التى يتمتع بها المريض ، هذه المرحلة لم تكن قسوى أو ترضيى أبداً ، لم يكن من القبول أن يكون هدف الانسان أن يكون مرتاحا بل الهدف الحقيقى أن يكون إنسانا . .

وقلت - كما أقول دائما - أن هذا نتيجة تصورى أنا ، لأنى لم أمارس التحليل النفسى تحت إشراف منظم كما ينبغي ، وإنما أنا أستعمل طريقتى الخاصة مع القراءة والمراجعة ومناقشة بعض الزملاء ليس إلا ، ومهما قرأت ومهما حاولت أن أتمثل أو حتى أقمص كل ما قرأت لم يغير رأيى كثيرا ، بل تأكدت أن ما يحدث لى يحدث لكل من يسلك هذا السيل ، والفرق أن الذى لا أرضى عنه أنا ، يجدون هم له تفسيراً أو تبريراً ، وسين ناقشت بعض زملائى وأسألتنى مناقشات طويلة عريضة زدت احتجاجاً ورفضاً ، ولم يفتنى شئ من ذلك عن حيرتى وثورتى ضد هذا الوضع السلبى أمام مشكلة الإنسان وتطوره .

وكان أساتذتى الدكتور عسكر يسخر أحيانا من الأمريكان الذين يطعون الطبيب المبتدىء مرتبا سخيا بالعين ثم يأخذونه منه باليسار فى صورة إزام التحليل النفسى ، ورغم ذلك ظننى كنت أو من دائما أن المالج لابد أن يكون إنسانا ، ولكنى يكون إنسانا لابد أن يكون حراً متطورا قادرا على الطاء ، وهذا نادر الحدوث فى مرحلة تطورتنا هذه دون مساعدة إنسانية جادة وهادئة ومركزة ، وكيف يمكن الحصول على هذه المساعدة الأمنية إلا خلال العلاج المنظم العلمى

المبادئ ، أى أنى فى قرارة نفسى كنت أشعر أن الطيب النفسى هو أكثر الناس حاجة إلى العلاج وذلك حتى يتخلص من معوقاته ويطلق لإنسانيته العنان ، ولكن التحليل النفسى برغم كل ما يقولونه عنه نظرياً على الورق ، يطلق قدرات الانسان التطورية ، لأن فرويد لا يؤمن بدوافع تطورية خاصة للانسان تميزه عن الحيوان ، فان انطلقت هذه القدرات انطلقت عفواً نتيجة لمصير المبالغ ورغم فكره ، ولا أعمم الحكم على أحد ، فلا يصلح مايجرى فى مصر بطرقها المحدودة أن يكون قياساً لنوع من العلاج ، كما أن الرضى الذين أراهم هم الذين لم يصلحوا لأنه لا بد أن الذى شفى تماماً لم أره أبداً ، ولكنى كنت أرجح لصلب النظريات فلا تقتضى أبداً رغم أن فيها من الإشباع والتتوير ما فيها ، إلا أنها ينقصها التطور والعمق فقد أنكرت على الإنسان أنه يحمل طاقة التطور الذاتية ، لذلك فإنه مهما تحدث المتحدثون بعد ذلك فاقى أتكلم عن فكر فرويد الطاغى الذى أصر على أن الانسان لا يفترق عن الحيوان فى ظروف تطوره ، والذى أحل التسمى محل السمو والتحرر والرقى الإنسان الطبيعى .

وكان - وما زال - لى صديق فى الولايات المتحدة مرَّ بهذه التجربة وما زال ، وقد بدأها منذ سنوات ، وكان لى صديق آخر فى كندا سبقه إلى هذه التجربة لمدة سنوات وكنت أعرف أخبار الأخير من الأول ، وكانت حيرتهما لا تقل عن حيرتى ، ولكن فرصتهما أكبر وخيرتهما فى هذا المجال أكبر ، وفى نقاش بينهما قل لى صديق الأول تعليقاً لصديقنا من كندا أن هذه الطريقة ما هى إلا « روث ثيران » وهذه هى الترجمة الحرفية للتعبير الذى استعمله بالانجليزية .

وبدسبى أنه ليس لى أن أحكم بحالة أو اثنتين على طريقة فى العلاج ، ولكنى أشير إلى أنى لم أترك باباً لم أطرقه لتهدئة تأثرى سواء بالقراءة أو الممارسة

أو بالمشاركة والمناقشة، وانتهيت إلى جواب لتساؤلاتي أنه « لا » ، قررت بوضوح
« أن هذا الطريق رغم ما فيه من علم إلا أنه لا يسكني ثورتي .. ولا يفتح
إنسانيتي أن أتوقف عند هذه المرحلة » .

وما أخذني على التحليل النفسي ليست هي مآخذ الطب النفسي التقليدي
بل ربما هي عكس ذلك تماماً ، فالطب النفسي التقليدي يأخذ على التحليل النفسي
أنه طويل وأن نسبة الشفاء فيه قليلة ، ولكن اعتراضى عليه أنه سطحي وأنه غير
تطسورى ، وأن تفسيراته معقدة في حين أن أصدق العلم أبسطه ، وأكرر أنى
لا أهنى المحدثين من المحللين وإن كان لى عليهم مأخذ فى النظرية والتطبيق ليس
هذا مجال سردها .

فرويد : فى أصالته وقصوره ، وشجاعته وخوفه :

وقد كنت فى أول الأمر مثل كل متعامل مع النفس الانسانية مبهوراً بفرويد
وكشوفه وخاصة فيما يتعلق بالحيل النفسية الدفاعية Defensive Mechanisms
التي ما زالت تفسر لى كثيراً من مظاهر السلوك ، وإن اكتسبت
عندى بدءاً أعمق بنظرتى الجديدة ، بل إنها - أو روحها على الأقل - هي
التي جعلتني أرى تطور فكر فرويد ومعوقاته .

لقد كان فرويد يتصف ، بالذكاء المفرط - رغم تكرار شكواه أنه كان
يمنى عقلاً أفضل - إلا أن نظريته التي استوحاها أساساً من التجربة البادية
بما فى ذلك - أو ، وأهم ذلك - التحليل الذاتي الذي قام به لنفسه ، كانت
وما زالت تتناسب مع ما تجرأ على رؤيته من داخل نفسه ، ففي تصوري

أن الالهام بالنظرية - مثل كل نظرية جديدة أصيلة - تم في لحظة خلق صوفى صادق، يوم الأربعاء الموافق ٢٤ يوليو سنة ١٨٩٥ ، وفي تصورى أيضا أنه رأى ذاته بكل أعماقها في تلك اللحظة ورأى حقيقة النفس الانسانية ، وحين سجل هذا التاريخ خفراً على مائدة الطعام الذى أتاها عليها الخدس يومها ، كان يترجم أهمية هذه التجربة الهائلة التى يرفها كل من أضاف جديداً إلى مسيرة الانسان أو حتى كل من عاش تجربة خلق جديدة ولو لم يكن قد أضاف جديداً . إلى هنا والأمور تسير كما نعرف جميعا . إلا أنى أعرف ماذا يعنى أن يرى الانسان نفسه فجأة وقد خلع كل زيفه ، وأعرف وجه الشبه بين ذلك وبين تجربة الصوفية وتجربة بداية الجنون ، والفروق بينها جميعا فروق مسارية بعد ذلك وتطور ، وليست فروق نوعية التجربة ذاتها ، وعلى قدر ما يصاحب هذه التجربة من السعادة وجلاء فكر بالكشف الجديد ، على قدر ما تهدد من فقد التوازن والفسرة ، والذى يتمسك بهذه التجربة سوف يخرج بالجديد ، والذى سيتخاف منها ويهرب سوف يرتد فكره مجعها ، أو يختل أترانه .

وفرويد سمح لهذه الخبرة أن تتجج فكره الخلاق بشجاعة نادرة ، ومضى وحده فى أول الأمر يدافع عن نفسه وعن صدقه وعن أصلاته ، ولكنه فى تصورى خاف واكتفى برؤية تفسير الأحلام بالجنس ، ولم يسمح بالنوص فى أعماق النفس إلا حول سنة ١٩٢٠ حين كتب « مافوق مبدأ اللذة » وبذلك اكتملت رؤيته - على قصصا - وعلى قدر ما سمح به انكشافه أمام نفسه ، فنظريته نبعت أساسا من تحليله لنفسه ، وهذا التحليل كان محدوداً بوحدة توقدرة على الرؤية ، وبالتالي بقصور شجاعته أن يرى أعماق أعماقه .

وقد تميز الفكر الفرويدى المبدع بميزات وعيوب هى ميزات وعيوب كل فكر أصيل ، وفى الوقت الذى حاول فيه فرويد أن يطور فكره على قدر

ما سمحت به شجاعته مع نفسه ومع الآخرين وكذا أمانته، فإن بعض تاجيه نصبوه نبياً وتوقعوا - في أغلب الأحوال - عندما قال حرفياً .

وفي مصاحبتى له في طريق ممارستى للعلاج آذاني فكره وأذى مرضاى على قدر ما فهمهم، فإن التركيز على « لماذا »، مع تصور التسامى والحضارة نتيجة لكبت مشاعر جنسية، قد شوه طبيعة الإنسان السامية وحرمة التميز بتلقائية الفضيلة، كما أن الإهمال النسبي للسؤال: « إلى أين » كان يمثل التراخي والسلبية في تحديد المجال والसार للرضى .. وأيقنت أن فرويد - رغم أصالته وشجاعته إنما انتشر أكثر من يونج مثلاً - الذى كان أعمق وأكثر إنسانية - لأن المجتمع في أواخر القرن التاسع عشر في أوروبا التريبة وأوائل القرن العشرين كان يخرج من النكسة إلى أصابعه بالقمع بعد عصر التنوير موالى جعلته يبحث عن التبرير والتفسير أكثر مما يسعى إلى الالتزام والبناء، كما كان متعلهاً إلى اكتشاف الجانب الآخر، وهو الجانب الجنسى أو التريزى الذى ظلم وانكسر بصف الكنيسة طوال القرون الوسطى وحتى ذلك الحين، وربما هذا هو السبب الحقيقى لانتشار فكر فرويد هذا الانتشار، فالفكر إنما ينتشر لأصالته فحسب بل الحاجة الناس إليه في تلك الحقبة من ظهوره، وكما من فكر ظل محتجباً في طيات الكتب منين طويلة حتى لحق به تطور المجتمع فازدهر حينذاك . فهناك شرط لانتشار الفكر لازم: هو تناسبه مع درجة تطور الإنسان في مرحلة ما .. .

وفكر فرويد أدى خدمة دفاعية عظيمة للناس في تلك الفترة من الزمان (وهذه لفة فرويد وليست ألفاظه) فقد احتفى إنسان هذه الحقبة وراء تسيير نفسه سطحياً من الخوض إلى أعماقه، وقد رضى أن يشوه الحضارة بطريق غير

مباشر إذ رآها الوجه الآخر للجنس وليس الارتقاء به ومعه ، فإن القول بأن
الإنسان حيوان متسام غير القول بأن الإنسان حيوان سام ، الأول يحل
الحضارة نوعا من تكوين رد الفعل (على حد لغة فرويد) والآخر يحل الحضارة
فعلا وتطورا طبيعيا . .

وهناك قاعدة عامة تحكم كثيرا من أساليب التفكير ودائرة الرؤية وهي
أنه « ما لا أراه أنا وأدركه فهو غير موجود » وهذه القاعدة رغم تمسك علم
النفس التحليلي بها إلا أنها تحكم في بادع كثير من الأفكار الأصلية حتى في التحليل
ذاته كما تحكم في مدى إدراك وقبل هذه الأفكار الأصلية . . . ونحن لانستطيع أن
نلوم من يتبع هذه القاعدة فهذه إمكانياته . . ولكننا أيضا لا نستطيع أن نتعبر
رؤيته نهائية ونتوقف عند درجة تطوره الشخصي . . وقد رأى فرويد من
طبقات نفس الجزء السطحي ولم يتبين ما بعد ذلك ، فله عذره ، ولكن ليس لنا
نحن البذر في أن نتوقف عندما رأى . .

(وفي حيرتي وهاتئ مع نفسي والآخرين اكتشفت قاعدتين مرتبطتين بهذه
القاعدة أرى ، منها فرويد ولكني أنهز القرصة لأتبه لها فيها قاعدتان من أخطر
ما يمكن ، ومن أدل الظواهر على تأخر فرد ما أو شخب ما وما أولا : « ما لا أومن
به فهو كفر وضلال » في مجال القائد ، والقاعدة الألسن في مجال العلم هي
« ما لا أعرفه فهو ليس بها » ولا أستطرد في هذا ، وأرجع لحيرتي في الطب
النفسى وليس في الحياة العامة لأقول :)

وكانت القاعدة الثانية التي تقس موقف فرويد وقصوره هي أنه « ما أخاف
منه لا أراه » وهذا من بعض أفضال نظريته فلماذا طبقناها عليه وجدنا أنه خاف
أعماق نفسه فلم يرها ، ومن هنا جاء فهمه السطحي للاشموور ، والقاعدة الثالثة هي أنه
« ما يحسني المشقة يستحسن ألا أراه » وهذه أيضا من لغة فرويد ، ومشقة

تطور الانسان والتزامه بهذا التطور هي من أعظم درجات المشقة إن لم تكن أعظمها ، وفرويد في وحدته الفكرية والملاحية لم يكن يستطيع أن يتحمل كل هذه المشقة وحده لذلك قد تهرب من تطور الإنسان الارادى بالتوقف عند هذه المرحلة التفسيرية .

ورغم أن فكر فرويد كان مبررا بمعنى إنسان عصره من مشقة الشعور بمسئولية التطور . إلا أن ذلك لا ينفى شجاعة فرويد في احتمال السخرية والرفض والاستهزاء بنظريته وتمسكه بها رغم كل التيارات وضد كل الجلود .

وفي تصوري أن أكبر خطأ وقع فيه فرويد هو تصور أن القوانين التي تحكم تطور الانسان ماهي إلا القوانين التي تحكم تطور الحيوان ، وأن دافع الارقاء لا يوجد في الانسان بصفة خاصة وأساسية . .

والخطأ الثاني هو سوء استعمال الألفاظ في غير مواضعها ، فإن لفظ « الجنس غير التناسلي » أحدث من البابلة ما كان أخلق به أن يعني نفسه منه لو أنه استعمل لفظا آخر ، إذ أنه كان يقصد دائما بالجنس الاتجاه نحو « الآخر » أو نحو الموضوع ، كذلك ينطبق نفس القياس في استعمال لفظ « الموت » ليصف به غريزة التدهور والنكوص .

أما الخطأ الثالث فهو أنه مات قبل الأوان !! . . فلأنه عاش ربما وصل إلى ما أراد منذ بدأ حياته بيولوجيا ، وفرويد هو الذي قال :

« إن البيولوجى يحق ، أرض لاحتالات لانهاية ، يمكن أن ننظر منه أن يعطينا أكثر المعارف إدعاشنا ، ولا يمكن أن قدر الاجابات التي يسيطرها خلال بضع عشرات من السنين للأسئلة التي وضعتها »

هذه البصيرة الواضحة والمحددة هي التي توحى بأصالة هذا الرجل، وتجعلنا نلتزم به العذر، فقد حدد المجال لتقدم الطب النفسي بل حدد الزمان كذلك (بضع عشرات من السنين) ولم يشعر بأى تناقض بين علم البيولوجى وبين افتراضاته ولكن خلفاءه اقسموا قسمين : قسم تجدد عند كلامه وجد معه تطور الانسان، وهو القسم الذى يسمى نفسه أو نسميه نحن التحليليين التقليديين أو الارثوذكس . وقسم تطور بعبء على حساب مفهومه البيولوجى ، وهم التحليليون المحدثون وأهم من تمسق في دراسة السنين الأولى « هي ميلانى كلاين » .. وآخر ما وصلنى هو تطوير « جانغريب » لنظرية « فيريرن » عن الموقف شبه القصصى فى السنة الأولى . وأغلب هذا السبق كان على حساب المفهوم البيولوجى ، ولو أنه أعطى أبعاداً عظيمة للتخلص مما أمموه « علم النفس الخلقى » ليحل محله ما يمكن أن نسميه « علم النفس الكيانى » ، لأنه يدل أن كان فرويد يركز على صراع الفريزة مع المجتمع أو صراع الحيوان مع الأخلاق، ومحاولة الحصول على التوافق بينهما فإن المحدثين أصبحوا يركزون على صراع الانسان أن « يكون أو لا يكون » ثم انطلقوا فى نفس الوقت يصعدون من صراع الانسان بين أن « يكون وأن يصبح » أى صراع الوجود الفردى مع التطور الفردى .

أما الذى لم يتطور مع الأسف فهو فكر فرويد البيولوجى .

وإنى أعتذر للقارىء إن كنت قد استدرجته إلى كل هذه التفاصيل فإنها هي التي أثارته فكري وجعلتني أحترم فرويد ولا أنساق وراءه ، وجعلتني آخذ ثورة المحدثين على فهم فرويد البيولوجى ، لأضع أفكارهم مباشرة فى التركيب البيولوجى بفضل الكيمياء الحديثة والكهرباء، ولكن من خلال نظرتهم وليس من خلال نظرة العصبين أو للتصميم .

وإن كنت قد أخذت على فرويد تلك الملاحظات التي أوردتها وأولها

وأخطرها هو وقوفه بطور الفرد عند النطاق والتسامي ، فأنى أنصور أنه لو كان هناك من يقف بجواره أثناء تحليله لنفسه ، أو لو كان هناك من العقاقير ما يسمح له بالتوص مطمئنا إلى أعماق أغوار نفسه ليرى ما ١٠ أى يوضح فيطور به أفكاره ، لو حدث هذا وامتد عمره الشاب (وليس عمره المسمى) إذا لكتب كتابا اسمه « ما بعد مبدأ فرويد » !! .

على أن اعتراضى على فرويد رغم تركيزه على نقطة أو اثنتين ، إلا أنه يهدأ أغلب مفاهيمه .. وطريقة علاجه وهدفها .

ولا أخال أن محاولات تفسير كلام فرويد أو التوفيق بين نظريته ونظريات متعارضة تماما هو الحل الأمثل ، فإن ذلك سوف يوقنا في قيود لا مبرر لها إلا التعصب الشبيه بالتعصب الدينى ، ولكن أخذ الصحيح من أفكاره مثل رؤيته للحل النهائي ولل مفهوم الاقتصادى للطاقة النفسية ولصراع الحياة مع الموت ، وإدخالها في كل جديد - يا حبذا لو كان بيولوجيا - هو الطريق الأسلم والأصح .

أريد أن أقول في نهاية هذه الفترة أن فرويد وفكره أفادانى أعظم الفائدة، وعوقافى أشد الصويق ، وأن فرويد شخصيا حقق كشفا من أعظم الكشف ، ولكنها تمثل جزءا سطحيًا من كل أعماق ، وأن كل الصقيدات التى وردت في نظريته وخاصة فيما يتعلق بتفسير الأحلام كانت نتيجة لتوقفه عند أعلى طبقات النفس الإنسانية وهى اللاشعور المكبوت ، إذ أن قصور الرؤية لا ينتج عنه إلا التفسير الصعب ، فذلك لا يد أن تبحث عن فروض معقدة تفسر بها اعتزاز أوراق الشجرة مادمت لا ترى تمايل جذعها وفروعها .

إذا... قرويد - كما رأيت - دقيق النظرة سطحى النظرية ، عظيم الشجاعة
فيا عرف ، شديد الخوف مما لم يعرف ، أمين في نظراته البيولوجية .. متجاوز في استعمال
الألفاظ - غويا أو بحيث لا شعورى - ، وأثره في النهاية خطير في تطور الطب
النفسى والإنسان .. إلا أن يكون جزءاً من كل جديد ..

هذه قصتي مع واحد من أعظم النفسين شهرة وأخوادم ، وهى مقدمة
للتحديث عن العلاج النفسى بصفة عامة .

العلاج النفسى :

والذى أحب أن أؤكد لصديقى القارىء أن فكرته عن علاج الأمراض
النفسية فكرة مأخوذة أساساً من القصص السائدة والمجلات الأسبوعية ، وأن
تصوره لما يجرى فى العيادات النفسية ليس قريباً بأى درجة مما يحدث فيها ، ولست
أعنى التعريض بأى من الزملاء الأطباء الذين يمارسون الطب النفسى بما فيه
العلاج النفسى فإن أى علاقة بين طبيب ومريض هى نوع من العلاج النفسى ،
ولكنى أقر أنه على حد علمى فإن ندرة منهم هى التى تمارس العلاج النفسى
الذى يتصوره الناس ، وأرى أن توضيح هذه الحقيقة لازم حتى لا يذهب
الناس بفهم خاطئ يطلبون ما ليس موجوداً أو يتصورون صوراً هى أبعد
ما تكون عن الواقع والممكن .

أما الصورة للقبالة وهى التى يمارسها المحللون النفسيون - عندنا على الأقل -
فهى أقل بهجة وإن كانت أكثر تقييداً ، فهى تم دون كيمياء مساعدة ودون
تطبيب حقيقى ، فتكون فى النهاية أقرب إلى مسلسلات التلفزيون وقصص
إحسان عبد القدوس ، وأنا بذلك لا أقتص من محللين ممتازين وهبوا حياتهم
لإنارة قطعة محدودة فى تطور العقل والإنسان ، أما أنها طريقة وحيدة أو أولى فى

العلاج فهذا شيء آخر . . ليس علميا ، وفي نظري ليس علميا كذلك .

لذلك قد شغلني كثيرا جدا ما يمارس في عيادات الطب النفسي وكيفية القريب بينه وبين عقول الناس حتى لا يتوقعون ما ليس قائما ، ولا يصدقون فيما هو قائم .

ومع هذا فلم يمنعني كل ذلك من أن أصادق من يلجأ إلى وأن أسير معه على الطريق فترة من الزمن ثم انفصل بهلوه متمنياً له مواصلة المسيرة . . ونصبح أصدقاء بصورة أخرى . . وكنت أتصور دائما أنه ربما يكون هذا علاجاً نفسياً.. أو فلنسمه إسماء عادية أكثر : صداقة علمية . . أو « مسيرة إنسان يعرف بمحو إنسان يمانى » أو أى شيء آخر إذ ماذا تهم « التسميات » ؟

وفي الآونة الأخيرة حين رأيت رؤية المحللين الحديثين من أقسام الشخص على نفسه ، وتعددته ، وانسحاب أجزاء منه لتكون ذوات مستقلة لها مواصفات وقوة نكوصية خاصة ، لما رأيت هذه الرؤية وبدأت أنظر في كلام أصدقائي المرضى وجدت أن الصراع فعلاليس بين الترانز والمجتمع ولكنه صراع بين الذات ، والذات وأن في كل نفس ذوات متعددة وأن هذه الذوات تصارع فيما بينها وقد تأخذ أشكالاً لأشخاص في تاريخ الفرد أو في واقعه ، فترى الشاب يتصارع مع أبيه في داخله ، ومع رجل الدين ومع صورة المستقبل في نفس الوقت ، ويدور الصراع أسمى ما يكون في فترات النمو الفردى أثناء العلاج ، وكنت في مرة أقول هذا الرأي لأحد الأصدقاء المرضى قلبت له : « ألا تلاحظ أنك تتكلم بأكثر من لغة وتحس بأحاسيس متنوعة في مواقف مختلفة ، وفي جلسات متلاحقة ، ألا تحس أن ذلك يشير إلى أنك ربما اثنين » قال « اثنين . قل ألف » قالما بصديقي وانفصال ...

ولا أحب أن يكون هذا التصور هو مقابل لتصور انضمام الشخصية أو ازدواج الشخصية، وإنما هذه الحقيقة هي حقيقة كل نفس .. صراع بين التقدم والتدهور، بين الجديد والقديم، وكل قديم أو جديد يأخذ صوراً متنوعة لها صفات يمكن تمييزها على أنها أفراد محدون .. بل يمكن تسميتهم في كثير من الأحيان؛ فكثيراً ما كان يحدث في جلسة أن أجلس مع المرضى .. وتصور الثالث يجلس معنا مستقلاً منفصلاً على كرسي ثالث ويدور الحديث وكأنه بين ثلاثة .. ونرجح انضمام الجديد على القديم، وكثيراً ما كان يدور نقاش في أول الجلسة عن « هل جئت وحدك » فيقول « لا .. جاءت معي ضرتي » أو « من أنت اليوم ؟ » فيقول « أنا هو أنا » وبعد قليل من الأمان والوقت يتبين أنه « آسف لست أنا ... كان أبي .. وأنا ما حضرت إلا الآن »، وحين يتبدل الشخص من واحد لآخر يمر به صدام أو دوخة غريبة ثم يفيق بإفافة راثمة، ويصحب من كل هذا كان يقول، وكنت أحياناً أرى الطفل الصغير الذي يولد أثناء العلاج يحاول جاهداً أن يشق طريقه وسط أشخاص من كل صنف .. ويظلم بين الأرجل وتكاد تسحقه الأقدام .. وكأنني أنادي به مثل حوادث زمان « إظهر وبان .. عليك الأمان » والشئ الوحيد الذي يظهره هو « الأمان » وكان أهم شئ في العلاج النفسي ليس التحليل ولا التفسير ولا الوقوع على الحادث للزلم وأصل التثبيت .. النخ، وإن كان هذا كله جزءاً من العلاج إلا أن العلاج في النهاية هو هذا الجو الآمن « إظهر وبان عليك الأمان »

وكنت أود في هذا المقام أن أعرض بعض أقوال المرضى بالنص، ولكنني أوجل ذلك إلى مرحلة عرض للمادة الإكلينيكية متكاملة .. وأكتفي بهذه للتقطعات والفكرة العامة، ولكنني أحب أن أشير إلى أن الطفل الذي يولد

أثناء العلاج النفسى كان يظهر بصورة واضحة وسليمة فى الأحلام ، كما كان يظهر فى الجلسات أثناء العلاج ، وكان يظهر بهذه الصورة المباشرة وكنت ساعتهما أتذكر فرويد وعناؤه فى التفسير الجنسى للأحلام . . وأتوجب قد ثبت أن هناك بداهة أكثر من ما كبر الأمور بداهة عنده وقد اعتبرها التفسير الجنسى للأحلام ، فالبداهة أن الإنسان لا بد أن « يكون » أولا قبل أن يسى إلى « كيف يكون » وللأسف فإن التركيز على كيف نكون أغفل تماماً السؤال الأول : هل نحن كائنون أصلاً أم لا ..

هذا هو العمق الحقيقى للعلاج النفسى ، وهذا هو الدور الحقيقى للطبيب النفسى أن يرى نفسه على مسيرة التطور ، ثم يرى الإنسان الممزق بين القديم والجديد ، ثم يعطى الأمان من إنسان لإنسان ، ليدع الطفل يولد ويمود لينمو من جديد فى هذا الجو الآمن ، ثم ينطلق ليتألف مع بقية أجزائه وشخصه فى كل مقاسق جديد ..

وفى كل ذلك نستعين لتلك الكائن المتنوع من لحم ودم ، بكل ومائل العلم الكيمائية والفيزيائية ، وكل ما أوتى الإنسان من حب .

ما أصعب كل هذا . . وما أبعد عن الأذهان . . وما أكثر ما حيرنى . . وما أكثر ما أسعدنى نتائجه . .

العلاج بالمقايير :

ضاع العلاج بالمقايير بين فريقين على طرفى قيعان فقد كان التحليل النفسى يصور استعمال المقايير فى أغلب الأحيان أنه ضد للعلاج النفسى ، فهو للمعارض له أو الموقر له فى كثير من الأحيان ، وقد حدث هذا انضمام الذى لا مبرر له نتيجة لأن الذى يعطى عقاقير لا يمارس - فى الأغلب - العلاج النفسى السيق ، والعكس

صحيح ، كما أنه كان نتيجة لتدخل الزملاء الأفاضل المختصين في الأمراض العصبية بملوماتهم العظيمة عن الشلل والأورام - في مجال الأمراض النفسية ، وهو مجال مختلف تماما ، لا من حيث أنه ليس وظيفة للمخ ولكن من حيث أن الطب مهنة ، وأن هذا القرع من المهنة رغم أنه يتعلق تعلقاً مباشراً بنشاط المخ إلا أن له طرقاً وأساليب تختلف تماماً عن أساليب دراسة وتشخيص وعلاج الشلل وضجور المضلات . .

هذا استطراد ثانوى نرجع بعده إلى العقاقير . . .
منذ أوائل الخمسينات ظهرت العقاقير التي عرفت فيما بعد « بالمهدئات العظيمة » وكان المقصود منها أنها عقاقير لما مفعول مهدىء بدرجة بالغة دون أن يؤثر على النوم أو على القدرات العقلية الأخرى ، ورغم أن وصف هذه العقاقير بأنها « مهدئة » لا أكثر ولا أقل ، إلا أن استقباليها في مجال الطب النفسى كان استقبالا عظيماً ، لا لأن الطب النفسى كان مفتقراً إلى التيسكين دون نوم خصب ، لكن ربما أحس الأطباء النفسيون - دون يقين على - أنهم وضعوا يدهم على مفتاح المشكل الذى حيرهم أبداً . . .

وكان أول عقار استقبل هذا الاستقبال اللائق وحل غمضاً إلى حقل الطب النفسى هو عقار الكلوردير ومازين للمروف باسم « اللارجاكتيل » الذى اكتشفه الأستاذ الدكتور جان ديليه ، وزميله دينيكير ومازال من أحسنهم جميعاً . . .

وقد تصادف أن كانت مهمتى العلمية في فرنسا في قسم الأستاذ الدكتور ديليه عضو الأكاديمية الفرنسية ومكتشف هذا العقار وقد حضرت معه الاجتماعات العلمية القليلة التى قادها ، وكان مهياً رهيباً ولكنى لم أجده شيئاً جديداً بالمقارنة بالأستاذ الدكتور « إى » مثلاً كما سبق أن ذكرت ، أما هيئته ورهيبته فيعرفها كل من يعرف « هيراركية » الطب في فرنسا ، ويعرف كيف يتمتع

الرئيس بسلطات لاحدودها ، ويعرف المعلوم الذى وجه إلى هذه السلطة غير المحدودة في ثورة مايو ١٩٦٨ ولم تحطم بقدر كاف ، وكان الأساتذة الأصغر مثل يشو ودينيكير مجلسون في حضرته مثل التلاميذ رغم « عادية » ما يقول ، ومن ضخامة ما كان يتمتع من هبة كنا نطلق عليه أحيانا اسم السيد الإله ، وربما كان ذلك لتقارب نطق مقاطع اسمه (بالقلوب) Delay من اسم الله بالفرنسية Le dieu ، وحدث شيء طريف لا أنساه يعلق بكرسى عتيق في مكتبه ، قد كان القسم في سبيله إلى الانتقال إلى مبنى آخر جديد ونخم ، فترك مسيو ديليه مكتبته (مؤقتا) والمكتب الملحق بها ليشغلها صديقي بريتيق الذى كنت أعمل معه في قسم الطب النفسى الاجتماعى (وقد تحدثت عنه بافاضة أثناء عرضي للصحة والمرض) كان ذلك الكرسي العتيق يخرج القش من قاعدته بشكل نشاز وسط أثاث الثروة ونميل إحدى قدميه ويرقص المسند عليه بلا مسامير فهو لا يصلح للجوس ولا للتنقل لأنه يخشى عليه من الحركة ، وبنيهي أنه كان محل تساؤل منى فانطلق بيير يضطك ضحكته الطليانية وقال إن هذا كرسي مسيو ديليه ، وقد طلبت هله فقالوا لا نستطيع أن نمسه إلا إذا حضرت مدام ديليه وأدلت برأيها الأخير في مصيره ، وقد كان ، وحضرت وشاهدته وعايته ، وأجلت النطق بالحكم حتى يتم النقل نهائيا ، ولكن النقل لم يتم حتى غادرت باريس بعد سنة ، ولم يتحرك الكرسي من مكانه ، وفي مرة كنت أتناقش مع صديقي بيير عن حكاية المناصب والأساتذة ذوو الكراسي والأساتذة من غير كراسي ، ولحت الكرسي العتيق أمامي وقلت له أنى سأجلس عليه في حذر وألصق صورة لى ، فإذا ذهبت إلى بلدى زعمت أنى شلت كرسي الأستاذ الدكتور ديليه لفترة من الزمن وأنا أحمل الدليل على ذلك ، ومن يسأل أبرز له الدليل المادى الحمد .

وانطلقنا تضطك من الأعماق .

المهم أنا لا أعرف لماذا ذكرت هذا الاستطراد ولكنى أردت أن أظهر بعض معالم الميراثية في الطب النفسى حتى لا نضجر من مثلها عند إثارة لم تنضج ، وفى نفس الوقت أردت أن أظهر هيئة الرجل الذى اخترع العقار الذى هدى إلى ما أنا فيه الآن رغم أنه هو شخصيا لم يطله نفس الأهمية الديناميكية التى تبيتها مؤخرا ، بل إنه هو شخصيا لم يؤثر فى بالدرجة التى أثر بها فى عالم آخر غير جامعى سبق أن أشرت إليه ولن أمل الإشارة إليه وهو «هنرى إى» .

محاورة مع سارجنت :

ظهر عقار اللارجا كتيل وتبعه عقارات متعددة من فصيلة الفينوثيازين ، ومنذ حدثت استعمالها زاد فهمى للانسان وقدردنى على السيطرة على الموقف ، كما صرت أكثر شجاعة فى التوصل إلى الأعماق ومن كثرة ما كان استعمال هذه العقاقير ديناميكية يثيرنى نشوة وإعجابا ، بقدر ما كان إعطاؤها الأعمى يحدث لى الشيان ، وسين حضر الأستاذ الدكتور سارجنت (وهو من قادة العلاج العضوى للأمراض النفسية فى إنجلترا) - ليلقى محاضرة فى القاهرة فى جمعية الصحة النفسية سنة ١٩٧٠ عن المستحدث فى علاج الأمراض النفسية بالعقاقير عرض الأمر بذكائه وعلمه فى صورة غريبة - على الأقل - عرضها بمثل هذا الكلام « إذا جاء المريض بعد الثلاثين وقد كان سليما معافى قبل ذلك ، إذا جاء يشكو من أعراض غائية فهو فى الأغلب جدا مكتشب بنض النظر عن الأعراض فلذا أعطيته عقار كذا بكية كذا فإنه فى الأغلب جدا يشقى دون قيد أو شرط .

ثم تكلم عن الأعراض والأمراض الأكثر خطورة وتناول العلاج بادئا بالكيمياء ثم مثنيا بالكهرباء وأخيرا بالجراحة . . . ودمت . .

وقلت له سائلا : « إذا نحن استعملنا هذه العقاقير بتلك الطريقة البسيطة

دون محاولة فهم التأثير للثبط للطاقة النفسية اللازمة لتطور الانسان وللخلق وللأصالة . . هل نكون مساهمين في مسيرة الحضارة أم معوقين لها ؟
قال :

« إن استعمال العقاقير ديناميكية له مؤيدوه . . ولكنه لم يثبت أنه أضاف
جديدا لفهم الانسان ».

ثم أخذ يهاجم تحليل مرضى القسام وقشله الفذريع ، وقد ظن أنى من الذين
يلامسون التحليل النفسى قليديا ، وأخذ يؤكد لى أن هذا الطريق مظلم
لا قرار له .

وكان أمينا حين ذكر فى رده اعتراضا مماثلا للدكتور هـ . لانيج صاحب
كتاب النفس المنقسمة Split Self حين قال الأخير فى هجومه على هذا الاستعمال
الأعمى للعقاقير « أنت تضغط الناس ، تشكلمهم ليمانوا النمط الاجتماعى السائد . .
ليصبحوا رقما مطيما ترسلونهم بعد ذلك إلى فيتنام ليقتلوا الأبرياء ويقتلوا أنفسهم »
قل هذا الاعتراض المائل بأمانة ثم أضاف :

« ولكن هذه العقاقير تجعل تفكير الانسان أحسن ، وحكمه أدق فينبع
ناصر أو كاسترو أو نيكسون » . .

وكان وانما فى رده أن تطور الإنسان عنده أن يتبع الفرد فلانا أو علانا
وأغفل القوى التى صنعت ناصرا أو كاسترو ، وهى ليست هذ العقاقير على
كل حال .

ولم يكن هناك مجال لاستمرار المناقشة ولكن خيالى المحتج ذهب يتصور
المالج بهذه الطريقة مثل واحد فى بلدنا يصلح بواير الجاز ، وهو يضع القنار فى
فى حفنة طرفها مثنى مثل ابرة وايرر الجاز ويقول « كده تسليك .. كده توليع ..
خلص الجاز . . إديله مكباس »

وقلت «الهم اخزيك يا شيطان عقلى» .. ثم قلت .. لا .. يفتح الله ..
وزداد حيرتى ..

وقد اكتشفت من خلال الفكر التحليلي أن للإنسان أكثر من ذات واحدة . سموا بعضها مرة الذات الناكسة Regressive Ego والذات الحقيقية مرة True Self والذات المركزية مرة Central Ego ورأيت ذلك فعلا محضاً إلا أنى رفضت وضع هذه «الذوات» « فى الهواء الطلق » فقد رأيتها ليست مجرد نتيجة لطبيعة علاقات الطفل بالأم بل هى مخلفات تاريخ بيولوجى طويل، أما الأم فإنها تغذى تركيبتها موجوداً فعلاً بطريقة معنية من المعاملة ... فينشط لمدة تطول أم قصر ثم يكتفى متعزفاً فى أغوار النفس ، حين تصورت ذلك تلاق الفكر التحليلي مع الفكر الاثربولوجى والبيولوجى عندى ورأيت الانسان ليس عدة ذوات ولكن عدة أذخاخ بعضها فوق بعض اثربولوجيا وهدانى إلى تأكيد هذا بعد ذلك النوعية الجديدة لمل هذه العقاقير ، فتصورت أن كل عقار يعمل على منح قديمهم وأحدث دون آخر وكان هذا التزاوج أول خطوة هدتنى للطريق . ومرة ثانية لا أستطرد بدون مادة إكلينيكية وإنما أشير فقط إلى أن عدم رفض الأفكار المتناقضة هو السبب الحقيقي فى رؤية الجديد .

ومنذ هذا التاريخ وأنا أستعمل العقاقير بصورة مختلفة تماماً عن ذى قبل أعطيها فى ثقة وتحديد ، وأضع لكل مريض فرضاء وأعطى العقار وأشاهد النتيجة لتحقيق الفرض وغالباً ما يتحقق ، وأحياناً لا يعطى القيمة التى تصورتها أول الأمر فيكون هذا هو حل المشكلة جزئياً لأنه ينير أمامى نقطة كنت مغفلها ، أو يهدينى إلى صفات لأحد مستويات المخ (أو لأحد ذوات الانسان) لم تكن تخاطر لى على بال وهكذا أصبح كل مريض مشروع بحث قائم بذاته ، وأصبح كل عقار هو « المثير » الذى يهدينى طريقى إلى الفهم والعلاج ، كل ذلك فى إطار علاقة الحب الانسانى أولاً ، ولم يخاطر فى بالى لحظة من اللحظات أن العقار سوف يننى عن هذه العلاقة الانسانية التى هى الاصل فى كل علاج نفسى وفى كل تطور إنسانى .

وكنتم أمتصور للوقف على النحو التالى (وخاصة بالنسبة للقصاص للبكر):
إن قوى المخ البدائى تنشط نتيجة لفشل المخ الحديث ، وأن العقاقير تثبط عمل
هذا المخ البدائى مستقلا عن بقية أجزاء المخ ، لأن القصاص إنما ينشأ إذا نشط هذا
المخ البدائى ليعمل مستقلا عن بقية السكل ولحساب النكوص .. إذا فلابد أن
يثبط عمله مؤقتا .. ولكن هذا لا يكفى إذ أين تذهب الطاقة ؟ لابد من جذب
إنسانى حافى نحو الحياة ولا يتم هذا إلا بوجود إنسان معالج يعطى الأمان ويفتح
قلبه منتظرا استقبال الطاقة ، كما لا يتم إلا بتوجيه هذه الطاقة إلى العمل
فى نفس الوقت وإلا توقفت فى محطة متوسطة مثل محطة المخ الأكتياني

وهذا القهم الجديد هو الذى أعطى لكل شئ معنى فى نفس الوقت ، وهو
القهم الذى أجبنى أكبل القلم تكييلا حتى يتوقف عن الاستطراف فى شرحه، والوقت
فى خطي عظيم بمرض نظرية مبتورة دون أدلة ، إلا أنى لا أملك إلا أن ألقى بضوء
خافت على مسار تفكيرى وأترك الباقي لتفاصيل علمية تظهر فى حينها .. إلا أن
هذه الإشارات ضرورية حتى يمكن أن أطمئن الناس إلى أن العقاقير ليست
بديلا عن الحب الإنسانى والقهم الإنسانى والاستماع والرعاية والعمل والتوجيه ،
وأه حتى هجمونا الدوائى على جزء من المخ لا يهدف إلى القضاء على نشاطه بل يهدف
أساسا إلى تهدئة نشاطه الهدام ، ثم توجيه كل النشاط إلى البناء والحياة . وكل عارس
للطب النفسى يعرف مقاومة نشاط العقاقير مقاومة هائلة ، وحين فهمت الإنسان
على أنه عدة ناس ، كنت أعرف فى محاورتى معه من الذى يقاوم إذ أن الذى
يقاوم عادة هو أحد هؤلاء الآخرين فى داخله الذين يهيمهم ألا يهدم نشاطه
الهدام ، وكنتم أطمئنه أن هذه فترة مؤقتة ثم يعود السكل للنشاط فى إطار واحد ،
ولحساب الحياة والاستقلال وليس لحساب المجتمع الزائف والقهر والتشكيل ، وكان يقتنع

في كثير من الأحيان ، ورغم أن الاقتناع هو أصل العلاج إلا أن العلاج وحتى
الكيميائي منه يساعد على الاقتناع ، اللهم أن تكسب الثقة أولا ، ثقة « كل »
المعتين .. أو بالأسلوب الجديد .. ثقة كل الأنحاء !!

وفي هذا الإطار الجديد للفهم السكلي صالحت علجا آخر طال خصامى
معه لمدة سنوات :

العلاج بالكهرباء

للعلاج بالصدمات الكهربائية سمعة سيئة جدا ، وقد حير في تماما طوال
ممارستي المهنة ، فبما عدا بعض حالات الاكتئاب الصريحة التي سبق في الأغلب
أن شفيت من بضعة صدمات كهربية ، كنت لا أحذق استعمال هذه الوسيلة
المتأخرة في العلاج ، كنت أعطيها أحيانا فيستجيب للمريض استجابة عظيمة لصدمة
أو اثنتين أو أربع ، وفي الغامضة تدهور الحال تدهورا ملحوظا في نسبة كبيرة
من الحالات ... وأتردد .. وأحار .

وكننت أصفها قبلا - مثل معظم العلاجات - بطريقة تجريبية اجتهدية ،
وأحاول أن أراجع الكتب تهديني فأجد العجب - كالمتاد - فكثير من
المكتوب هناك يشير إلى أن « بعض » الحالات من تشخيص كذا تستجيب
للعلاج الكهربائي استجابة عظيمة ، في حين أن « بعض » حالات أخرى من نفس
التشخيص لا تستجيب ، وقد يصف هذا البعض وقد لا يصفه ..

ولكن أغلب المرضى - إذا أحسنت الاقتناء بالخبرة والإحساس والتاريخ
السابق - تستجيب استجابات عظيمة لهذا العلاج ، ومع ذلك قد كنت
أجدني مترددا في وصفه .. متكاسلا في مواصلته .. بل محرجا في تقريره
رغم هقي بنتائج ..

وكنتم أنساءل : لماذا يرفض هذا العلاج أغلب المرضى بدرجة أكبر بكثير من علاج العقاقير ؟ وكان الجواب يأتي أن الإنسان لا يجب أن يستسلم هكذا لقوى خارجية مجهولة وهو فاقد الوعي لا يعرف أين تؤدي به ، والسبب الثاني أن الحالات النفسية التي تدهور - في الأغلب لعدم انضمامها في العلاج أو لعدم استكمالها - تميل إلى أن تمزو سبب تدهورها إلى شيء ملموس يمكن الرجوع بالوم عليه ، وما أسهل كلمة الكهرباء يلقون عليها كل الأخطاء والوم والسخط ، وبذلك ينفون أنفسهم من المسؤولية الجزئية المرتبطة بحدوث المرض أو بالتقصير في علاجه ، كما يبرئون خلاياهم من مسؤولية الوراثية . . . وتصبح الكهرباء هي السبب الأول والآخر . .

والسبب الثالث لسوء السمعة التي لحقت بالكهرباء هي أن الحالات التي تشفى بها لا تحدث أمام قريب أو غريب عن أنها أخذت علاج الكهرباء وشفيت لأنه حتى الآن يعتبر ذلك عيباً أو قصصاً يستحسن إخفاؤه وديننا أمر بالستر ، أما الحالات التي لم تحسن بالمعالج الكهربائي فهي التي تعلن فشلها وتمزوه إلى العلاج وليس إلى إزمان الحالة ، ولم نسمع أحداً يقول أن حالته تدهورت بالرغم من الكهرباء بنفس النسبة التي نسمع بها الشكوى من أن الحالة تدهورت بسبب علاج الكهرباء .

تردد .. وحذر .. ثم ..

هكذا كان موقفى أمام هذه الوسيلة المتنازعة في العلاج : تردد وشك ، وثقة وحذر ، وتساؤل ... خليط عجيب لم يبدأ خلال سنين طويلة من الممارسة ، لم أستسلم لتفسير قرأته ، ولم أقتنع إلا بكلام المرضى واستجاباتهم ، وظلت هذه المشكلة مثل كل المشاكل التي سرحتها معلقة في رأسي لا تدخل إلى حد التسليم

ولا تخرج إلى حد الرفض حتى اعتدیت بتقديم أفكار التحليل النفسى الحديث إلى رؤية الإنسان عدة أناس .. وانتهیت بسلام العقاقير إلى رؤية المنع عدة أنماخ ثم قابلت بین هذا وذاك وصارت لمة .. وحينئذ استدرت إلى العلاج الكهربائى ونساءت : إذا كانت العقاقير الحديثة تعمل على منع دون آخر وإذا كان العلاج النفسى ووجود الإنسان الحب يجذب حركة القوى المحبة إلى الخارج يا إلى الحياة ، فإذا تعمل الصدمة الكهربائية وهى التى توقف عمل كل الأنماخ للحظات ثم تعود للعمل فلا يوجد اختيار أو تفضيل منع على منع ، وهنا تذكرت قانونا من أبسط قوانين السيولوجى وهو قانون « ستارلينج » وهو قانون صالح للتطبيق على العضلة المفردة وعلى القلب وعلى الحياة بصفة عامة ، وهو يقول بإيجاز أن الصدمة — أى صدمة — تزيد الضيف ضعفا وتزيد القوى قوة ، فإذا كان هناك عدة أنماخ فلا فان الاستجابة للصدمة الكهربائية تتوقف على أيها الأضعف وأيها الأقوى هو الضيف والقوة هنا لا يأتى حسب حسابات اللحظة الراهنة فحسب بل يدخل فى حسابه التاريخ السابق والإمكانات المتاحة لعمل كل منها فشلا فى أول المرضى — بغض النظر عن نوعه — يكون المنع ذو النشاط المرضى ضعيفا فيكون العلاج الكهربائى مقيدا جدا أفضل مما لو أزم من المرضى حيث يأخذ النشاط المرضى قوة تزداد بإحداث الصدمة ، وفى حالات الهوس الحاد حيث يكون نشاط المنع الهوسى قوى جدا لا يصلح علاج الصدمات الكهربائية بحال إذ أنه يزيده هوسا .

وسأضرب مثلا واحدا أخيرا فى كيفية عمل وسائل العلاج المختلفة مجتمعة مع بعضها ، فأنى دائما أتصور أن العقاقير المهدئة العظيمة تضعف الأنماخ ذات النشاط المرضى الانسحابى أو المدوانى ، وأن الحب الإنسانى يعمل قوة جذب إلى الخارج وإثارة للنشاط

الصحي نحو اقتحام الحياة في أمان ، والعمل يحور مسار هذا النشاط وكأننا أمام قطار توقف ، عاهد له الطريق وقتاً كد من صلاحية القضبان (توجيه العمل) ثم نسد الطريق الخلفي (بالمقاير) ثم نضع قوة جذب أمام القطار (الانسان المحب) ثم تحدث الصدمة بعد ذلك فينطلق القطار ... ولا تنتهى القصة ... بل ربما تبدأ بعد تلك الصدمة وتستمر الحركة لترجع كفة الحياة وجنبتها ، وبالقرار والعلاج النفسى والعمل تستمر جميعاً لخلق الانسان الجديد ..

بهذا الفهم المتعدد الجوانب وبعد أن بدأت استعمال الصدمة الكهربائية على جانب واحد بحيث لا تؤثر على الكرة بدأت أحدد على وجه الدقة متى أعطى الصدمة الكهربائية ولماذا ؟ وبدأت أحدد على وجه الدقة كم صدمة أعطى ومتى أعطى التالية ، ولم يعد عندي إطلاقاً أى تحديد لعدد مسبق وكثيراً ما كنت أعطى صدمة واحدة تكفى للتغلب على موقف محدد ... وحين جمعت هذه الحالات التى أخذت صدمة واحدة ، وأخذت أحدث عنها مع زملائي دهشوا وهاجموني فى فكاهة وأنا أقول لهم أنه أحياناً فى حالات كذا أعطى « كهرباية » وقالوا « كهرباية ؟ طب خليفهم اثنين » ليذكرونى بلحدى المسرحيات حيث يقول فؤاد المهندس طعميائة ؟ طب خليفهم اثنين

ودون تردد دخلت الكهرباء فى الإطار العام .. وبتوقيت غاية فى الدقة ، حتى أئى أعطيتها لبضعة حالات فى ليالى الامتنع دون أى تردد ما دامت الحسابات دقيقة ودخل جميعهم الإمتحان وحققوا نتائج باهرة . فى حين أنى كنت أتردد فى إعطائها قبل الامتحان بعدة شهور قبل ذلك .

ولن أطيل فى تفسيرى لهذا العلاج فى هذا المقام المحدد حيث أعرض فكري بصفته « شاعر شخصية وليس بصفته نظرية علمية ، ولكنى أذكر فقط أن المقابلة بين

الأطوار التي يمر بها الإنسان المأني مع مفعول الكيمياء والكهرباء والعلاج النفسي جميعاً في كل متناسق هو للفتاح الحقيقي لوضع القرض الجديد ، وأن تركيز إهتمامي على العلاج هو الذي أوضح لي جذور المرض ، وحقيقة الإنسان .

متفرج أم مساهم إيجابي ؟

ولكني أحب أن أشير هنا إلى الیقظة التي صاحبت ولادة ذلك القرض الذي أسميه ثورة فيا يتعلق بالعلاج ، فالمركة التي احتدمت في داخلي بين الطبيب والإنسان بدأت بأن طغى حماس الانسان الشاب ، ثم انصهر الطبيب الشيخ .. ولو ظاهرياً ولو لفترة ، ولكن الانسان لم يهدأ ولم يرض أن يقف موقف المتفرج ، ثم ثار أخيراً ، ونتيجة لثورته الكاملة اتخذت موقفاً إيجابياً في العلاج ، أسام به في مسيرة الانسان الثائر .

وراجعت كل شيء من موقفي هذا بين الكهرباء والكيمياء والعلاج النفسي ، وقد كرت توقعات فرويد البيولوجية ، ولكنني عثت على بعض أتباعه وتوقعهم بتطور الانسان بوجودهم عندما ترك فرويد لحظة موته ، ناهيك على قصر اهتمامهم الأول على أبسط أنواع المرض النفسي (المستيريا) واستخفافها (عصاب القهر) دون بقية الأمراض الأساسية في سلم المرض ، ثم إلقاءهم الجانب البيولوجي من فكرهم .. ورأيت أن هذا القهم الجزئي الجامد إن لم يدخل في الكل الجديد فانه فهم قاصر ومعموق .. وكرهت موقفهم السلبي وإن كنت انبهرت واهتديت بأفكار بعض المحدثين دون أتباع طريقهم - فوق المتفرج الذي يبحث عن الأسباب والشحنات الخفية داخل القدر والتلايف غير موقف الانسان الإيجابي الذي لا يتعلق بتفاصيل ما كان ، إلا بمقدار ما يتضح القهم ثم

تكون رؤيته « للآن » و « الند » أوضح ، فهو لا يتساءل لماذا حدث هذا ،
ودمتم ، ولكنه يتساءل أيضاً لماذا لم يستمر « ذلك » النمط في الحياة ؟ وماذا جدّ
حتى يضطرب ذلك الموقف المهادى ، ؟ ثم : ماذا بعد ؟
وأصبحت رؤيتي للمرض النفسى أكثر وضوحاً :

اضطراب تكيف أم اضطراب كيان ؟

أصبحت أضغ فى الاعتبار سؤالاً جديداً جوهرياً بديلاً عن السؤال القديم
« عصاب .. أم ذهان ؟ » أو « مرض نفسى .. أم عقل » أسئلة مستخيفة لم يعد
لها مكان ، توقّ أكثر مما تهدى ، وإنما أصبح السؤال فى صورته الجديدة هو :
« اضطراب تكيف .. أم اضطراب كيان » .

وذلك إنما يعنى التساؤل : هل الاضطراب الذى حدث هو محاولة من
نفس النظام القائم فى للتغلب على بعض المصاعب على الطريق فى سبيل
إعادة التكيف . ؟

أم أنه فشل تام لهذا النظام بحيث أن الكيان نفسه قد اهتز ، فلا بد من
ثورة أو مشروع ثورة لإعادة تنظيم الكيان بطريقة جديدة .. ؟

ولا تخفى العلاقة بين اضطراب التكيف واضطراب الكينونة فقد يصل
فشل التكيف إذا كان تاماً إلى اضطراب الكيان من الداخل ؛ كما قد ينتج عن
اضطراب الكيان سوء تكيف لا يحلّه إلا تغيير شامل بيزيد من التطور .

وبنى آخر فإن اضطراب التكيف هو — من وجهة النظر هذه —

اختلال كمي في طريقة الحياة العادية .

أما اضطراب الكيان فهو تغير كمي في نوع الوجود .

المهم هذا موضوع قد يحتاج إلى تفاصيل ، إلا أن أهميته في هذا المقام أن علاج الأمراض قد اختلف عندي منذ رأيت هذه الرؤية .

فإذا كان اضطراب « تكيف » فإن الواجب الأول هو فهم أبعاد المشكلة والمساعدة لإعادة التكيف كما كان ..

أما إذا كان الاضطراب هو اضطراب كيان .. فلا بد من ضبط الثورة حتى يتم إحلال البديل الجديد محل القديم الفاشل .. وإلا فإن التدهور محتم .

و كنت أجدني غير متحمس لمشاكل التكيف رغم احترامي لآلام صاحبها ، ولكني ألبأ إلى وسائل سطحية تساعد على التكيف ، وسرمان ما يسود المريض « كما كنت » على حد التعبير في التدريب العسكري ، وفي كثير من الأحيان كنت لا أعجب المريض فينتقي ليذهب إلى زميل أحذق مني في التفسير والتعبير والترويض والتسكين ، المهم أني اعتبر مساعدة هذا النوع من المرضى ضمن واجبي كطبيب لا بد أن يساعد من يستنصحه ، ولكنه ليس من ضمن رسالتي كإنسان .

أما مشكلة الكيان فهي مشكلة « وجود » أو « كينونة » ، تصل بمجهر وجود الانسان وبالتالي فهي من صلب مشكلتي ، ولم أكن أحاول أن أعيد الأمر « كما كنت » لأنني حتى لو حاولت فلن يحدث ذلك أبداً ، والذي يتصور أن للمريض عاد كما كان بعد اختلال كيانه إما يرى الشكل الظاهري للأمور ولكنه لو قاسها بقياس إنساني دقيق يحدده به المرافف الانسانية بالذات

لنحجب أن التدهور أكيد وخفي ، فالإنسان الذى رفض نوع الحياة القائم ، أو بمعنى أدق الذى انهارت طريقته تماما ليس أمامه إلا أن يصبح أسوأ مما كان أو أفضل مما كان ، ولكن ليس أبدا « كما كان » ، ذلك أن هذا النوع من الرفض الذى يتعلق بالكيان والكينونة والذى أسميته « أزمة تطور » يشير نشاط خلايا كاملة تحاول أن تعطى بدىلا عن ذلك النظام الذى فشل ، وهو بديل يمثل عادة مرحلة سابقة من التطور (بالنسبة للإنسان القرد وبالنسبة للإنسان النوع) وتكون مظاهر المرض هى مجموع نشاط هذا المستوى البدائى ، وبقياً نشاط المستوى الأعلى ، والصراع بينها ، وكنت حين أشرح هذه الفكرة لزملائى الكبار يقولون ما أصعب ذلك ، ولكنى حين كنت أشرحها لزملائى الذين لم تنحشر فى أحفقتهم موسوعات العلم ، كنت أجد فيها أسرع بل تشخيصا أوضح ، فبدل أن نسأل ماذا يعنى قول المريض « أعتقد أن الناس سوف تقتلنى » وهل هذا وسواس أم ضلال ، كنا نسأل عن حديثه جملة : هل هو حديث من كيان واحد مثل كل الناس ، أم أنه يمكن رؤيته على مستويين ، وكأن جزءاً من كلامه يسير عن اتجاه ، فى حين أن جزءاً آخر يسير عن اتجاه آخر ، وكأن قول ذلك إنما يعنى ما يجانبه جزء من نفسه من الجزء الآخر ، وكان ذلك سهلاً ، ومن واقع التجربة التى سأذكر تفاصيلها فى موضعها الطبى ، كان الأمر سهلاً لدرجة أنه نادراً ما أخطأ طبيب امتياز أن يتبين أن الذى أمامه واحد أم أكثر بمجرد أن يعرف الطريق ، إذاً فقاومة الجديد ليست لصعوبته ولكن ربما لتراجه ، وربما للطبيعة البشرى فى فترة معينة من العمر .

وكنت بعد ذلك ، وبعد أن أدركت معنى الله ومصدرها ، أ تدخل بحماس وإيجابية مؤمناً أن الإنسان الكامل لا يصح أن يسيطر التخ الحديث فيه على الأنماط القديمة سيطرة متعجزة بل ينبغي أن تعمل جميعها فى اتجاه تطورى واحد ، فكنت أعطى المقابر

لأهدئ ثائرة الإنسان القديم داخل المريض، ثم لأطلق سراحيها في الإطار العام، لأنه لو، كان الهدف هو مجرد القضاء على نشاطهم، فصن بذلك نرجح أن يستمر الإنسان ناقصاً مسطحاً بلا أعماق، وهذا هو السبب المباشر في فشل النظام السابق: بالمرض، فكان خلايا الإنسان القديم قوله بالمرض -: ما دمت أيها الإنسان الحديث نسيئى وفشلت في أن تكيف معى فدعنى أطلق بلعنى الخاصة، وحتى إذا تحطم الميكل كله، فلى وعلى أعدائى... وليكن ما يكون.

وهنا ينبغي أن تدخل الكيمياء حتى لا يكون ما يكون، فهديء الخلايا الثائرة بالعقاقير الحديثة التى كان لها الفضل في هذه رؤية لما لها من عمل اختياري على أشكال معينة من السلوك، وبالتالي على خلايا ودوائر معينة في المخ، بل إن وضعت لها ترتيباً تصاعدياً من واقع خيرى يقابل مستويات المخ في القدم، ذلك أن بعض المهدئات العظيمة تعمل على المخ القديم السلبي دون الحديث الميكانيكى، وغيرها تعمل على المخ القديم الايجابي... وهكذا، وهذه الرؤية جميعها هى التى أيقظت انتباهى للتوفيق بين التحليل النفسى والملاج الكيمياءى وتطور البشر وتطور الانسان الفرد، إلى جانب ما أشرت إليه من طريقة « مسح النشاط الأضعف » بالكهرباء...

كل هذه العلاجات تعمل جنباً إلى جنب في دقة متناهية، وفى جو من الحب الانسانى النامر الذى يحتاج إلى فهم عميق ووقت طويل، وصبر ووقدرة غير محدودة على العطاء، على أن هذه الطريقة العنصرية في التفكير قد قرح بعض زملائنا المتخصصين في الأعصاب، إلا أنها أبعد ما تكون عن سابق تصوراتهم:

فهم يصعدون عن خلايا وكيمياء.

وأنا أحدث عن مستويات وظيفية تعمل فيها الخلايا، ولكنّها خلايا غير محددة

ولن نحدد بوسائل البحث الحالية - فهي ترتبط بدوائر كاملة منشرة في كل مكان بالبحر غير أن المقايير تحددها تطورياً ، وليس على وجه الدقة تشريعياً .
وهم يتصورون أن الكيمياء والكهرباء ستحل الاضطرابات النفسية

وأنا أرى أن الكيمياء والكهرباء ستجعل الإنسان أكثر قدرة على السيطرة على الموقف ، ولكنه سيحتاج إلى عمق أكبر في العلاج النفسى ، ووقت أطول ، وحب أشمل ، وصبر وفهم وتطور مستمر ..

إذا فهذه الدعوة ليست في نفس الاتجاه إن لم تكن هيئاً لذلك الاتجاه الميكانيكى المحدود، إذ أنها دعوة عضوية دينامية أساساً ، بدأت منذ ساندور رادو وامتدت في « هنرى إى » ، ووجدتها لا تستكمل إلا بالأنكار التحليلية الجديدة ، وفهم مفهول المقايير والأثروبولوجيا فيها تطورياً .

وأخر مثال أضربه للاختلاف هو أن بعضهم يقول أن الأمراض النفسية هى نوع من الصرع .

والعلاقة بين الصرع والأمراض النفسية كانت مفتاحاً مساعداً للأنكار التى هدتنى إلى التوفيق بين كل شئ ، حتى وضعت الأمر في أسلوب آخر : وهو أن الصرع نوع من الأمراض النفسية في أغلب الأحوال ، فها نطلق الكل على الجزء في حين أنهم يطلقون الجزء على الكل ..

وهكذا أعتبر الاختلاف جوهرياً وأساسياً بلا أمل في اللقاء القريب ، بل إن التوقع هو التباعد المستمر ، ما لم يتخلوا عن التفكير التشريعى ، ويتجهوا أساساً إلى الأسلوب المهنى ، حيث الذى يحدد تخصص الطب وفروعه هو طريقة تعليم المعلم لصببيه ، وليس المنطقة التشريحية التى يقع فيها الاضطراب .

ومرة ثانية أعتذر عن هذا الاستطراد، ولكم أفكار حرة منطلقة، مثلت جزءاً كبيراً من تكويني ومن خبرتي، ولا أجد مفرّاً من أن أشير إليها على الطريق، حتى أرجع إليها بالتفصيل .

وزارة التطور :

أكرر أن الناس جميعاً يتصورون العلاج النفسي نوعاً من الترفيه والمهادنة ، وهذا ما أوحاه إليهم الكلام عن الظروف والقصد ، وكله كلام نابع من فكرة التحليل النفسي ، ومن كثرة ما انتشرت هذه الأفكار لدرجة معوقة فعلاً، كتبت مرة في هاتشي المتصل مع صديقي د. محمد شعلان أسمى التحليل النفسي بهذه الصورة « التحسيس النفسي » وفي إحدى ثورات غضبه واقفي وسماء اسماً على نفس الوزن وفي نفس الاتجاه ، إلا أنني لا أسمع لنفسي بذكره ، وأستمض عنه بكلمة « التحشيش النفسي » ، وإن أنكر ذلك المحدثون من المحللين ، إلا أن هذا هو مفهوم الناس عنه ، على الأقل في خبرتي المتواضعة :

يأتي المريض وأهله ، يريد أن يتكلم .. هذا حق واجب وضروري لفهم الحالة ودراسة جذورها ، ثم يريد أن يتكلم ... لا بأس من ذلك ، ثم يتكلم ولا يكف عن الكلام ، ويبحث عن القصص والروايات .. كل هذا طيب ، ويتصور أن العلاج يبدأ بالكلام وينتهي بالكلام ، ولا بأس من تفسير الأحلام على الطريق ، وبإحباط لو برزنا الأعراض ووجدنا عذراً لكل تصرف ، وكل ذلك مقبول وموصوف في كل أنواع العلاج الحديث ، ولكن هذا كله مرحلة محدودة ، فقد كنت أرى في كثير من الأحيان كيف يمكن أن تكون هذه المرحلة خدعة كبرى تمهد لمزيد من الحرب من المسئولية ومن التطور ومن الحياة ، ولا أنكر أن طول هذه الفترة قد كان له ضحايا في خبرتي أكثر مما تصورت ، فقد كنت أشعر أننا

في بلد ظروف الحياة فيه صعبة ، والقرص لا تتغير ، وعندنا من السلبية والتواكل ما يكفيننا ويكفي علة شعوب معنا ، لذلك فإن الأمر يختلف عن بلد أكثر رخاء ، وعرفت بعد عديد من الضحايا أن المريض يحتاج درجة هائلة من التوجيه الإيجابي الذي كنت أسميه أحيانا « الضبط والربط » ، حتى يستقيم على الطريق ، وإلا فإنه - في الأغلب - متدهور لا محالة إلى مستوى أدنى من الحياة تحت سمع وبصر اللاتعات التحليلية ، والآمال النظرية المكتوبة في الكتب ، وكنت أشعر أنه - كما قال أفلاطون « الفرد مثل الدولة » - إذا كان الحل الاشتراكي هو الطريق الوحيد لتطور الأمم النامية ، فإن العلاج الإيجابي هو الطريق الوحيد لتطور الفرد للتخلف وخاصة في مجتمع متخلف . وهذا فقط نحى المريض من الحرب وهو رافع لافتة مكتوبا عليها تخصيص لا معنى له ، بهرب تحته وبالعلاج من الألم اللازم لتطوره ، وبالتالي يهرب من المسئولية المقتربة بحريته كائنات ، والأهل يساهمون بفكرهم وعظمتهم وجهلهم ، - أو بملهم الذي هو ألن من الجهل - في مسيرة التدهور .

وكنت أنساءل دائما : لماذا يصر الناس أن يقولوا أن لكل شيء سببا - وهذا مقبول ومعقول لحدون أن يقولوا ولا يريدون أن يقبلوا أن لكل وجود هدفا ، وهو ليس هدف القوة أو السيطرة كما يقول « أدلر » بقدر ما هو التطور الذي يشمل القوة ، ولكنه يتصفأ أساسا بالحب الإيجابية والرفق .. والذي يذكر ما أوردت من حديث من تلقف الناس في غرب أوروبا فكرة التحليل النفسي دون أفكار يونج وأدلر مثلا في أواخر القرن التاسع عشر ، يستطيع أن يقارن مرحلة تطورنا الآن بتلك المرحلة في غرب أوروبا ، فنحن للأسف وللحقيقة نعيش بقول القرن التاسع عشر ، وبعضنا يعيش بقول القرون الوسطى ، أو في بعض الحالات ما قبل التاريخ ، وإن لم ننتبه لنعتر هذه العقبة بكل ما نملك من إيجابيات فلن نلحق الركب أبدا ، بل إن هناك

أملأ أن تنجب حتى الأخطاء التي وقع فيها السابقون الذين تمسوا لما كينات أكثر مما تمسوا للإنسان وهم يراجعون أنفسهم الآن ، فلنراجع أنفسنا وتعلم من أخطائهم وننتقل . ولا دلي مطلقاً أن يكون الطيب النفسى عامل هدم وتبرير ، بل عليه أن يكون عامل بناء وتطور ، وحين قرأت برناردشو وتمثلت فكرته عن « وزارة التطور » ، ورغم هجومه القاسى — الظالم أحياناً — على الأطباء ، فقد تصورت أن خير جهاز لهذه الوزارة هم الأطباء النفسيون الإنجليزيون ، حيث يرون الإنسان فى مسيرته نحو نوع أرق ويدرسون الظروف التى تسمح له بالنمو النفسى الارتفاعى ، ويوجهون التعليم والتربية إلى صنع الإنسان الحديث ، واكتساب عادات إيجابية . لتصبح غرائز المستقبل ، ونوفر بذلك ضياع أجيال قادمة قاسى من هزيمتها الداخلية ، وقهرنا الخارجى لها .

أنا حر :

« أحضر إلى العلاج أولاً أحضر ... أنا حر .. »

« أعيش إنساناً أو أندهور ... أنا حر .. »

« أسجل المرض والعلاج لصالح التبرير والاستسهال أم أعالج فـ... لا

وأقتصر ... أنا حر .. »

« وحريقى أكتسبتها لأنى إنسان . وأنا إنسان لأنى ناطق ؟ ... »

إلى أين تودنا دعوى الحرية ؟ ...

« أقل التوارى فى فيننام ؟ ... أنا حر .. »

« أستولى على أرضك ووضعتك لأدعو إليها مهاجرين جددا .. أنا حر ... »

« أحرمتك من التعبير ضد رأى الحكومة .. أنا حر ... »
« لأنى أقوى - أقوى فى الخير أبوى الشر ، هذا تقدير شخصى .. فأنا أفضل
ما أريد .. لأنى أستطيع ما أريد .. »

كنت وما زلت من أكثر الناس تعصبا للحرية .
وكنت وما زلت أدرك أن الحرية مقترنة بالعدل والمسئولية معا ، لا يوجد
أحدهما دون الآخر .

وفى مجموع نشاط الشعوب سوف تقتصر الحرية لاحتاجة إليها شعرت أو لم ،
استعمالها ، ولكن من واجبنا ومسئوليتنا أن نحدد من التكتسات بكل قوة
حتى نوفر الوقت الضائع على طريق التطور بأن نتمسك بالعدل الذى يتيح
حرية أكبر .

أما فى نشاطى العلاجى الفردى فقد كانت مشكلة الحرية أكثر شهيدا
ومحطيا للفرد .

وقد رأيت فى تجربتى أنه لا يمكن أن يحرر منطق الإنسان ودعاواه ، دون
أن يحرر ذاته وخلاياه حتى الأعماق .

ولا يمكن أن يحرر ذاته وخلاياه بأن يرجع نشاط مخ على نشاط مخ آخر ،
بأن يرجع للادية على سمو الإنسان ، أو يرجع الفريرة على التطور ، أو يرجع المنطق
على الحدس ، ولا العكس فلن يحرر الانسان بأن يلنى ماديته أو يتناسى غريزته
أو يهمل حدسه ، وإنما الحرية الحقيقية هى أن تعمل كل خلاياه وتركيباته التاريخية
والحالية فى كل جديد يهدف نحو التطور .

ويشكل أسف قد كانت خبرتي تسمح لي بروية الناس من الداخل، ربما أكثر مما ينبغي، ووجدت أن أبعد الناس عن الحرية هم الذين ينادون بها، من الفريقين، وكلما علت الشعارات ورنت الألقاظ كلما كان أسهل على أن أضبطه متلبسا بالتحيز والعلم والذاتية للطلقة...

وممارسة الطب النفسى يفهم التطور من أكبر الأمور تعرضا لحرية المريض، فبشكل ما يمنع الطبيب للمريض من إنغماس عينيه، ومن التناضح عن مصيره، ومن انحصار السلبية ومن الاستمرار فى تكرار أسلوب آباءه، باختصار يمنحه من الضياع ومن التدهور..

والإنسان يشكو من الضياع ويخاف من التدهور وهو دون أن يدري ومهما رفع من لافتات يصر على الضياع ويسمى حينئذ إلى التدهور، وأخطر صور التدهور أن يكرر جود آباءه، أو أن يمارس حرته ضد تطوره، وأصعب الأمور على الطبيب النفسى الإيماني هو أن يكسب هذه المعركة، أن يظهر للمريض كيف أن الحرية التى ينادى بها هى منتهى العبودية، لأنها حرية جزئية على حساب الكل، هى أحيانا حرية الفرد دون حرية المجموع، وهى أحيانا حرية العقل أو الجنس دون حرية الشاعر أو الإيمان، ولا أخى بالإيمان التدين

وإعادة النظر فى كل ذلك يصلح القول الشائع أن البقاء للأقوى، إذ أن البقاء للأصالح وليس للأقوى والصالح هنا يأتى من قياس مدى ما يتمتع به الإنسان من الصفات الخاصة بالإنسان.

والصلاح الأول الذى وجدت أنه يساعدنى على التظلم على التدهور مع سبق الإصرار والترصد هو « الحب »، لا بد أن يصلح حى للمريض أولا، لا بد أن يدرك أنى معه على كل حال. ومع التدد، ولكن الحب وحده لا يكفي، والكلام وحده لا يكفي، والتداعى « الحر ١١ » وحده لا يكفي، كل هذه مراحل تمهيدية لكسب الأمان والثقة، أما لو توقفتنا عندها فإننا نمارس

المجز شخصيا مثل الماعين للسلام بدون سلاح ، ذلك لأن التدهور لا يرحم ، وهو يستعمل كل الأساليب والقوى حتى يتم دورته ، وألن الأساليب هي الأساليب الخفية التي تخفى تحت ستار الحرية .

« أريد أن أعالج بطريقي أنا »

« أنت هنا لتسمع ... وترى »

« لا أريد أن أتألم .. وإلا ماذا جئت »

« أنا حر .. أفضل ما أشاء حتى الانتصار »

وكان الانتصار عندى أصنافا ربما كان أخفها قتل الجسم ، لأن قتل النفس قد يتم في مجال المواقف السامية ، أو التضكير الحر ، أو العمل الإنساني ليحل محلها بقايا من السلوك الروتيني البالي الذي لا قيمة له كل ذلك تحت ستار الحرية ..

وأول شكل لممارسة الحرية في العلاج هو ممارسة حرية الحرب من العلاج ، ولعل أغلب الأطباء ذوي الخبرة في العلاج الطويل يتحدثون عن نسبة توقف العلاج التي تبلغ أضعاف نسبة إكله ، إذا فالحب وحده لا يكفي فاما هو يمد للخطوة التالية ليس إلا ، لأنه يمكن أن يساء استعماله أو تأويله ، إذا لا بد من خطوة تالية للضبط والربط ، وثاني الخطوة عادة عن طريق التعاون مع كل المعنيين وأولهم الأهل ..

موقف الأهل :

وكانت أكبر عقبة تقف في طريق إزاء هذه الخطوة هي موقف الأهل الذي يمثل إلى عجزا أساسيا عن السيطرة على البيئة المحيطة ، والأهل منطقيون .

في موقفهم فهم يهدفون إلى راحة أولادهم وفوزهم بالعلاج، على شرط أن يصنعهم العلاج على الشكل الذي حدده لهم ، لا بد أن يكون العقل (أعنى الشاب أو الرجل) مطيعا هادئا بارا لحساب الأهل أولا وبمنطقهم ومثلهم على وجه التصديق ، وأنا أوافق أنه لا بد للمريض أن يكون إنسانا فاضلا إيجابيا مستولا ملتزما ، ولكن الذي أختلف معهم فيه أن يكون كذلك لحساب غيره وليس لحساب نفسه أو غده ، الذي أرفضه أن يكون الأدب خوفا والذي أدمو إليه أن تكون القضية اختيارا ، الذي لا أوافق عليه أن تكون الطاعة عمياء ، والذي أعنيه أن تكون الطاعة فيها ترجيحا وحرية واختيارا . أو لا تكون . .

وهذه كلها اختلافات جوهرية وضخمة ، فأنا أحتاج الأهل ليساعدوني في البناء حتى لا يسمعوا بظنهم أو ترددهم للمريض بالتراجع ، والانهيار وهم يقسمون إلى فريقين : فريق يشترط أن يكون التحسن لحسابه ولنفسه وقد بينت اختلافي معهم إزاء ذلك ، وفريق آخر يترأى ويضع كل المسئولية على الطبيب يرى بذلك نفسه ، ويطلب كل الاضطرابات والأعراض بالمرض ، وكأن ذلك مبرر لتشلهم وفشلهم في نفس الوقت .

وكان على دائما أن أكتب جانبهم بطريقة ما ، ولو برشوة تحصيلية ، كأن تكون المكافأة على تعاونهم أن أوصي لهم أن هذا هو الطريق إلى النجاح في الدراسة مثلا . . وهم في ذلك يضحون بالتألى والرخيص وأول ما يضحون به هو رأيهم الخاص إذا ما لوحث لهم بالنجاح !

ولكى أحدد المشكلة أضرب مثل فئة المرضى التي كانت تثير اهتمامي دائما ، وتعميري في نفس الوقت ، وهي تلك الفئة من الطلبة على عتبة الثانوية العامة أو على أبواب الصرح ، الذين يعابرون بالتوقف الدراسي المفاجيء ، وقد كنت في أول

الأمر ألتبس لهم المذد وأحاول معهم بالطرق النلية، وأهلهم يشجعون على ذلك، وكانت أغلب هذه الحالات من الحالات غير المحددة التشخيص التي تحدث عنها سابقا : الحالات الـ « بين - بين » ، وكانت المشكلة تبدو في ظاهرها بسيطة إلا أن تكرار الرسوب وعدم دخول الامتحان تحت سمع وبصر العلاج جعلاني أعيد النظر في كل شيء ، فبعد أن كنت أعتبر هذه الضاعفات من مظاهر الاضطراب نتيجة للقلق العادي لأى مقبل على امتحان مهم يحدد مستقبل الطالب بدأت أرى هذا القلق مهددا لـ « كيان الشاب » وليس مجرد تحقيق نجاحه ، حيث يكون الشاب في هذا الصدد بلا معالم إلا الكتاب ، فأله ديوه على أن قيمته تتحدد بمدى امتياعه للكتاب ، وهو قد حقق قيمته فضلا بهذا الكتاب ، فإذا تعرض كيانته للتهديد في صورة الكذب ، أو ظهر احتمال عدم التفيق ، فإن الأمر ينتقل إلى مرحلة أخطر من اضطرابات الكيان .

...وكنت في أول الأمر أتصور الأمر في صورة معادلة :

أنا أستاذ كر... أنا خائف ... أنا لا أستطيع الاستدكار

ولكنى رأيته بعد ذلك في هذه الصورة :

أنا كتاب ... الكتاب مهدد بالضياغ ... أنا مهدد بالضياغ

وهنا يصبح الحب أساسيا ليس لجرد إزالة الخوف من الموقف ولكنه يتعلق بالـ « كيان ذاته » ويصبح بعد ذلك التوجيه والعسل مكبلا ضروريا للخطوة الأولى ، لأن الانتظار في هذه الأحوال ضيق معى في سنى ممارستى الأولى عددا هائلا من هؤلاء الشبان الممتزجين ، حيث كانوا ينزفون قواهم النفسية تحت سمى وبصرى ، وأخيرا فقد أصبحت أأخذ موقفا واضحا بالنسبة لهذه الفئة وغيرها ممن هم في مفترق الطرق .

العمل :

كنت أشترط أنه على الإنسان أن « يعمل » حتى يمكن لسلابه أن يستمر ، ولا توجد أجازة علاجية في مثل هذه الحالات ، وليس مهما نوع العمل ولكن المهم مبدأ العمل ، الطالب مثلا إما أن يعمل طالبا أو صبي مكسحي ، ونشكّل العلاج في الحالتين ، وأكرر أني كنت لا أضع هذا الشرط إلا بعد أن تصل علاقتي العاطفية بالمرضى درجة تسمح لي بالحديث فيه .

ولم يحدث في خبرتي المحدودة أن قبل مريض من هذه الفئة - في أول مراحل المرض - هذا الشرط إلا وتطلب على صعيده وانطلق في دراسته ، ربما هربا من البديل .

ولم يحدث أن عارض الأهل هذا الاقتراح علنا أو سرا إلا وبقينا نحرك أرجلنا « بحك سر » ، نبعث عن العقد النفسية والأسباب الخفية وراء « السألة الاستذكارية » .

وأهم خطوة في هذا السبيل هو أن يتيقن الطالب ، من خلال الحب ، أن الاستذكار والكتاب هما وسيلة لا غاية ، وأن هذا الطريق هو الطريق الوحيد الذي سيكسبه القوة ، ومن ثم القدرة على الاستقلال ، وأنه رغم أني أنصحه وأصر على أن يستذكر ، إلا أن هدفي يختلف تماما عن هدف الأهل أصلا ، وكان تحويل مفهوم الشاب من معنى إلى معنى آخر يحتاج إلى استغلال علاقتي به والارتباط الشرطي لاستجابتي له أو لسليبي إزاءه ، فبمجرد أن يبدأ الاستذكار أقرب إليه أكثر لمدة أيام وأسابيع وشهور دون الإشارة من بعيد أو قريب للاستذكار ، أما إذا توقف فإن الجلسة كلها تتحول إلى نقاش عن المذاكرة

وكان وسيلة اقترابي منه هي أن يزيج جانبا هذا الموضوع السخيف الذى يحول بينى وبينه ، وكان الاستدكار هو بداية العلاج وليس نهايته ، وهو حريص على أن يجد نفسه معى كما أجد نفسى معه ، لذلك لم يكن الثمن غاليا أو معوقا .. وهذا المفهوم هو خليط بين فكرة العلاج النفسى الشخصى والعلاج السلوكى (والاقتراب بينها يزداد كل يوم)

القسوة :

كانت - وما زالت - أصعب الأمور على نفسى أن أقسو على صديق مريض ، جاء يطلب منى النصيح ويضع يده فى ، وفى أول حياتى كنت ليثما مريضا بصفة عامة لأنى لم أكن أستطيع أن أقسو ، كنت أخاف من ذلك ، فهذا أسلوب خطير فى العلاج وفى غير العلاج ، ولكن حين ضاع أعزاء على بالانتظار حتى التدهور رأيت أنه من الأمانة ألا أقسو ، فإذا كانت القسوة تؤلفى أساسا مما يحلنى أعجنها ، فإن معنى ذلك أنى أفضل راحتى بالسلبية ، عن ممارسة إنسانيتى بالقسوة .

والحقيقة أنه لكى يسمح الإنسان لنفسه بالقسوة لا بد أن يكون قادرا على الحب بدرجة أكبر بكثير من درجة القسوة التى يمارسها بهذه القدرة على الحب تتناسب تناسباً طردياً مع درجة الحرية الشخصية التى يتمتع بها ، وكذا درجة العدل وعدم الذاتية فى ممارسته لهيته وحياته ، وهذه كلها متطلبات من أصعب ما مر على لأن الناس جميعاً يتصورون أنفسهم أحراراً عادلين ، ولكن الذين مروا بخبرة الحرية الحقيقية يستطيعون أن يقيموا كل ادعاءاتهم السابقة على أسسها شارحات هروية ليس إلا ، إذا فلا يمكن أن يمارس معاليج القسوة ، ويسمح لنفسه أن يقول أن هذه القسوة لحساب المريض ، إلا لو كان هو ملياً حراً قويا ، وهذه درجة - للأصعب - لا يصل إليها الإنسان ببساطة بل هى تحتاج إلى

مماناة وصبر وبقطة وولادة ونمو وحسب لا حيويتها ، ومن أين يأتي الإنسان بهذا كله وهو بشر له ضعفه ومشاكله وخوفه وتباياه ، إذا فلا بد للطبيب النفسي أن يقتصر معركته إذا كان سيسمح لنفسه أن يساعد الناس لدرجة القسوة ، ولعل هذا هو السر الذي تشترطه أحيانا بعض مدارس التحليل : أن يقوم المحلل بالتصالح مع نفسه أولا ، ولكن في اعتقادي أن التصالح وحده لا يكفي ، بل إن الدرجة التي ينبغي أن تتوافر في الطبيب النفسي الإيماني درجة أكبر من التصالح ، إذ لا بد أن يكون كيانا إنسانيا ، وأن يستمع بالطفولة القوية والشباب الدائم ، يرى الله أرحم ويصمم على المساهمة الإيمانية للمسيرة ، وبالتالي يسمح لقسوته أن تتعاقب دون أن يحنس شيئا .

ولا يمكن للقسوة أن تكون ذات قيمة إلا إذا كانت الخيوط في يد الطبيب ، وكل الامكانيات تحت تصرفه ، إذ لا بد من تعاون مطلق من الأهل وحزبه حركة في استعمال العقاقير والكهرباء مثلا ، كل ذلك حتى يفقد المريض قائده ووظيفته ، فيتكسر تحت ضغط القسوة الحانية ، فينتقل المريض إلى الصحة والارتقاء ..

وقد شبهت مرة الموقف أنه إذا كانت الذات الحقيقية مخبئة وراء قشرة صلبة من المرض والامبالاة ، فانه إذا هوى عليها الطبيب ليكسرها تحطم أن يضعها على أرضية صلبة (وهي البيئة المتعاونة) ، أما إذا كانت الأرضية رخوة فإن الضرب على القشرة سوف يفوق بها بعيدا عنه ، ولن يشعر المريض بفشل مرضه أبدا ، بل سوف يشعر بمزيد من الألم يبعث مزيدا من الحزن . أي من المرض . مرت على كل هذه الأفكار ولم أنطلق في استعمال القسوة إلا مترددا .

هيا باحق قرأت عن وجهة نظر « أدليه » عظيمة في علاج مرض القصاص ، إذ قام « روزن » بعمل فريق علاجي (يتكون من مرضى سابقين أشداء) يحرم المريض من وحدته ومن مرضه ومن أى ميزة يمكن أن يتمتع بها في المستشفى نتيجة لمرضه ، وكأنه يفرض عليه اختياراً آخر هو أن ينطلق إلى الصحة خوفاً من عواقب المرض ، والفرق بين هذه الطريقة والطرق التأديبية التي كانت تتمتع في القرون الوسطى هو إضافة الحب والقهم والكيمياء والكهرباء ، أو هو الفرق بين قسوة الوالد ليصبح ابنه في الاستذكار أول الفصل ، وقسوة الطبيب ليصبح الطالب بالاستذكار نذاً لوالده ، وربما يبدو ذلك فرقاً طفيفاً ، ولكن الذى يمارس التجربة سيعرف أن هذا الفرق الطفيف هو كل شيء في العلاج .

الاختيار للرضى .

الاختيار هو ترجيح شعورى لأى دون آخر أو لطريق دون آخر ، هذا هو الشائع عن الاختيار وهو نفس الاشاعة التي تشوه الحرية التي هي نوع من الاختيار ، ولكن بما أن فى النفس « لا شعورياً » ، أو قوى أخرى « غير الشعور » تختار طريقاً ما ، فلماذا لا نعتبر ذلك اختياراً أيضاً ، إنه بلا شك اختيار ، فإذا دزمنا القوى التي جعلت هذا الاختيار غير الشعورى هو اختيار للمرض بدلاً من اختيار المصلحة فانا نستطيع أن نهاجم هذه القوى بطريقة علمية منظمة ، حتى يصبح اختيار المرض بعض النظر عن كونه شعورياً أو لا شعورياً اختياراً فاشلاً وبمجرد أن يقتل الحل المرضى فشلاً تاماً فإن علينا واجباً آخر أن نعطي بديلاً أحسن ، ليس أحسن فقط من الحل الرضى ، ولكن أحسن أيضاً من الحل قبل المرض ، أى أننا إذا كننا بسبيل الوقوف بقسوة بحوار المريض فإنه ينبغي أن نفهم لماذا فشل الحل

الآخر حتى لجأ الشعور أو اللاشعور إلى اختيار المرض ، ولا نحاول بعد ذلك أن نكرر المحاولة بمجرد استعادة القديم، بل نهى الظروف إلى بديل أرق وأفضل ..

وفي حيرتي كنت أحذر المريض وهو في طريق الشفاء أن يحسن لنفسه ما سبق رفضه بالمرض ، بل إنى كنت ألاحظ أن الأعراض تظهر بمجرد أن يحدثنى عن رغبته في العودة إلى ما كان ، وكان الحوار صريحاً وواضحاً فأنا أشجع الرفض لأتى أوافق على مبدأ الرفض بولسكن ليس على طريقة الرفض بالمرض ، وفي تجربة « روزن » التى أشرت إليها كانوا يلجأون إلى إفشال الحل المرضى بأن يتصرفوا مع المريض تصرفات أشد مما يأتية حتى تصبح تصرفاته المرضية لا معنى لها ولا فائدة منها ، أو على حد تعبيرهم كانوا يتصرفون « بخنون » أجن من جنونه « Behave more psychotically than his psychosis » وبهذا يفقد الجنون معناه ووظيفته ..

وأنا في خبرتي لم أمارس ذلك على وجه الدقة ، لأن هذا يتطلب مستشفى وفريقاً قوياً محباً متعاوناً يحيط بالمريض من كل جانب، وخلال أربع وعشرين ساعة في اليوم ، إلا أنى وجدت نفسى وأنا أمارس درجة أقل من التسوية أساعد المريض في اختيار الصحة ، أو على الأقل في اختيار الحياة العادية، فثلاثاً في مرة من المرات كان عندى طالباً أحيته لأنه ولواهبه المتعددة، وكان ذكاًؤه من النوع النادر وآماله في الدراسة أكثر مما يحتمل كيانه ، حتى أنى في مناقشتى معه أظهرت له أنه مثلاً يريد الحصول على ٢٠٠٪ / فإذا ما حصل على ٩٨٪ / فإنه يصاب بخيبة أمل عظيمة لأنه خسر ١٠٢٪ / وكأنه خسر أكثر مما كسب، وتكرر هذا الحرس البرجوازى الأصل فى كل مجال، حتى تحطم الشاب، ورفض الاستدكار، ووجدتني أقسو على الحل المرضى رويداً رويداً، وحتى على الحل العادى فأحطم

فائدة الاستدكار بهذه الطريقة، بل وفائدة الحياة بهذه الطريقة التنافسية التي لا يمكن أن تحمل إشكالا ما، وصارت محاورات ومناقشات وحب وصراع حتى انطلق فجأة يمدو هربا منى إلى حظيرة الاستدكار، وكنت في ذلك محقا لأنى بد أن أفضل العملية المرضية أتركه بين أمرين : إما أن يرتقى بالرفض الصحى ، وإما أن يعود « كما كنت » ، وفي الحالتين هو الكاسب بالشفاء، أو بالوفاة، وكلاهما أفضل على كل حال من المرض .

كل ذلك يتم - ولن أمل التكرار - تحت مظلة من الكيمياء والكهرباء وعلى أرضية من بيئة صليدة متواونة .

وحد

قد أردت في هذه البجالة وأنا أمحدث عن العلاج أن أوضح كيف أن العلاج هو جزء من الحياة منظم بقيم علمية محددة ، وتجارب إنسانية مسجلة ، ولكنه في النهاية مثله مثل الحياة علاقة بين إنسان وإنسان بكل معنى الكلمة ، وليس بين مريض وطبيب ، أو بين واحد ممدد على أريكة وآخر سارح خلف نظارته ، وأردت أن أوضح أنه بد حيرتى وتردعى لزاء طرق العلاج المختلفة أصبح مفهوم العلاج عندى واسمًا تطورياً إيجابيا فلا أقصر على علاج الاضطراب النفسى وإنما أعنى أساسا بعلاج التدهور الانسانى ، وقد أردت أن أظهر للقارىء كيف يمكن أن تعمل كل وسائل العلاج فى تكامل بناء ، وأن أوضح الحيرة التي تهاذفتنى من وسيلة إلى وسيلة ، ثم الصحوة الإيجابية التي التزمت بها مؤخرًا .

وانى إذا اعتذر عن بعض التفاصيل أعتذر أيضا عن بعض الاجمال

ولكن هكذا كان الحال :

تلمت من الكتاب فلم أفهم

درست على أساتذتي فلم أقتنع

ثم مارست البحث والحساب .. فلم أهدأ

ثم تلمت من المرضى ومن فشلي

واقصر الطبيب على الشاب المتخصص فترة من الزمان

ثم انقصر الانسان أخيرا .. واستعمل الطبيب لصالحه وتغير الحال .

الفصل السادس

ولادة فكرة

«يخيل لي أنه قبض لي أد
أكشف أكثر الأمور
بساطة»

هيجرند فرويد

في قراءتي في الطب النفسى وما يتعلق به كنت - وما زلت - أعانى من ظاهرة غريبة تماثل ظاهرة الألفة أو « الرؤية الساقية » Deja Vu ، وهى تنبئ أن الأشخاص أو الأشياء التى نراها لأول مرة نشعر وكأننا رأيناها قبل ذلك ، وقد لاحظت ذلك على نفسى منذ البداية ، ولعل السبب الأول فيه هو أنى كنت فى أول تدريبي فى مهنة الطب النفسى كطبيب مقيم أجلس مع المرضى أكثر مما أقرأ فى الكتب ، وربما لأن للهيج حينذاك كان يلزمى بالحصول على دبلوم الأمراض الباطنية أولاً قبل دبلوم التخصص فى الأمراض النفسية والعصية ، وحين بدأت التحضير لهذا الدبلوم الأخير كان على أن أقرأ الكتب الكاملة بشكل تمصيلى منظم ، والقراءة للتحضير للامتحان غير القراءة للعلم أو للممارسة طبياً ، وحين أخذت أقرأ كتاباً جامعا مثل كتاب Mayer Gross أحسست وكأنى قرأته قبل ذلك ، ولم يؤكد لى العكس إلا أن صفحاته كانت خالية من التخطيط والتعليقات التى أشوه بها - أو أزين بها - ما أقرأ ، وأحسست حينذاك أن مما يشقى للأصدقاء المرضى كانت معايشة كاملة حتى إذا ما قرأت عنهم فيما بعد أعراضهم وتصنيف أمراضهم لم أجد فيها غرابة مهما اختلفت المدارس .

وكان موقفى تجاه المدارس المتعارضة موقف المتقبل للتناقضات ، لا قهراً بل فهماً ، وكنت أتصجب من ظاهر التناقضات التى تتفق فى العمق إذا ما انحصرتنا على نظرة التصيب لكل مدرسة ، فكنت أقبل من كل ما يوافق إحساسى ونفسى ، وهذا هو الموقف الذى يسمى الموقف الاصطفائى Eclectic ، وهو أن يعطى المرء من كل طريقة جانباً ثم يؤلف بينها ما يتفق مع هدفه وتطبيقاته ، وهو موقف فيه من الحرية بقدر ما فيه من التساهل والحرب ، بلجأ إليه من يعلم الكثير ويمارس الصديق مع نفسه فلا يقبل إلا ما يوافق غرضه - وهو هنا خدمة

الريض - ويكون حين ذلك « اختلاف المدارس رحمة » ، كما يلجأ إليه الذي لا يعلم شيئاً .. إذ هو يفعل ما بداه تحت ستار اختلاف المدارس مطمئناً إلى أن القهبر على ما يفصل ممكن، وبذلك لا يتقيد باتجاه معين ولن يعدم أن يجد تفسيراً للشيء وضده . وهنا يكون اختلاف المدارس خطراً وهدية .. لأنه باب للهروب وليس دعوة للصدق .

لذلك قد كنت ألبأ لهذا الموقف الاصطفائي ولكنى أسعى إلى تخفيفه في نفس الوقت ، وكما حاولت الارتباط بمدرسة من المدارس لم أنجح ، إذ أن عطشى للعلم كان غليظاً ، وتقصى الحرية كان ملجأً ، ولم تصبح أى مدرسة في أن تروى عطشى أو تطلق حريتي أو تفتح مع نظام عقل ، وكانت حجتى دائماً أنى طبيب ومهتق الأولي أن أخدم المرضى ، والريض لا يهه إن كنت فرويدياً أو يونجياً أو سالوكياً محدثاً أو بافوفياً ولكن يهه أنه إنسان يمانى ، ووظيفة الطبيب النفسى أن يساعده في أن يقتصر على ضعفه ومعاناته ليستقيم بعد ذلك على الطريق ، فإذا ما فعل فإنه ينطلق إلى السلامة والتطور دون أن يلتفت إلى ما في عقل الطبيب من معلومات أو معتقدات أو مدارس .

صراع لاهوادة فيه :

والصراع بين مدارس علم النفس صراع لاهوادة فيه ، وهناك محاولات حديثة للتوفيق لصالح الإنسان ، ولكن التصعب ما زال على أشده والمبارك مستعرة في كل مكان ، وهى تصل إلى من ينكر وجود اللاشعور أصلاً ، كما تصل في الناحية الأخرى إلى من ينكر الأساس البيولوجى للأمراض النفسية تماماً ، وكان موقفى إزاء هذا وذاك أن أقبل إيمانيات كل منها ولا أجد في ذلك تعارضاً أبداً ، ولا يجد الرريض مى تذبذباً أيضاً ، وكنت دائماً أشعر أن هذا هو

الطريق الذى سيوصلنى إلى شيء ما .. يوما ما ، لأنك إذا رفضت الفكرة ابتداءً قلّت معرفتك بالأصول المشتركة ، أما إذا قبلت كل وصف صادق ومشاهدة علمية ، ثم بحثت لما عن مكان ملائم فى إطار كامل فأنت تهيء للحل السليم ... الذى قد ينتهى بولادة مخلوق جديد .

وحين حضرتُ « هنرى إى » وتثبت فكرته عن الزواج الديناميكي - وليس الميكانيكي - بين الجهاز العصبي وتطور الإنسان - كفرد والتنوع - أحسست أنى قريب مما أريد ، ولكنه ليس كل ما أريد .

وحين توصلت إلى تصنيف الصحة النفسية تصنيفا تطوريا (راجع الملحق) حاولت أن أربطه بتقسيم جديد للأمراض النفسية لم يشف غليلي ، وأحسست أن الفكرة تثير جانبا من الطريق وليس كل الطريق ، وقد كتبت أول نسخة من المقال عن الصحة النفسية فى فرنسا وحين عرضته على صديق يبر فى شكله الأول قال « ماذا تريد أن تقول ؟ » قلت « ما قرأت » قال « لا .. ينجيل إلى أنك تريد أن تقول شيئا أكبر .. وعليك أن تهب حياتك لهذا الشيء حتى تقوله بشكل كامل » وحين تساءلت عن هذا الشيء ، قال : « ستعرفه يوما ما » .

وظننت أنه يستعمل طريقة أوربية مهذبة ليقول أن هذا المقال ناقص ، أو غير واضح ، وأخذت الأمر على هذا الاعتبار ، ولكن كلماته ظلت ترن فى أذنى « شيئا لا بد أن أحب حياتى له » .

وعشت أحمل المتناقضات فى عقلى ، وأقبل منها بعض التناقضات التى تعينى على السيرة مع المرضى ، ولكنى قلنى لا أهدأ ، أبحث عن الشيء بغير وعى ، ولا أرضى

عن فرعى ولا عن وظيفتى كليب يمارس عمله « كالطلياني » تعينه الكيمياء وأحيانا الكهرباء ، ولكنه يمتص السينين في كل حال ، فاذا فتحهما سلك سبيل التحليل والتبرير والتفسير ، وحين قرأت آخر تطورات التفسير الديناميكي للتحليليين ووجدتهم يتصرون على فرويد ويخطونه ، أحسست أنى أقرب أكثر من الفكر التحليلي رقم أنى أرفض تماما بؤدم عن الأسباب البيولوجية كإمام أساسى وهام فى المرض النفسى .

وعشت حيرى أياما وشهورا وسنين ..

وفى يوم الاثنين الثانى عشر من أبريل للماضى (١٩٧١) وكنت جالسا مع مريض صديق بيمادى الخاصة، أستمع إليه ولا أستمع إليه ، وجئت أن الأمور المتناقضة جميعا قد ارتبطت ببعضها البعض فجأة ، وأن كل الأضداد (أو معظمها) استدارت من موقف الواجبة إلى موقف التماسك والتآلف ، وارتبط الإنسان القرد بالإنسان النوع ، واستقر الأنا الهارب والأنا الناكس والأنا المنقسم (التمايز من الفكر التحليلي الجديد) فى قاع خلايا المخ ، وصعد فرويد إلى أعلى طبقات النفس وأكثرها سطحية ، وكأن كل شئ أشرق فجأة .. وقامحت الكيمياء مع الكهرباء مع التحليل النفسى مع التطور .

وتعجبت من كل هذا .. فرحت به ، وخفت منه فى نفس الوقت .

واتصلت تليفونيا بزميل صديق ، فلم أجده ..

وانطلقت أشرح أفسكارى للصديق المريض أمامى — بلغة قريبة منه ومن مشكلته — وكان للجديد وقع عنيف على .. وقال لى الصديق المريض

« ما أنا عارف » ، وعجبت ، وتذكرت حقيقة قديمة وهي أن الأصدقاء للرؤى يعرفون النفس أدق وأصدق من كل النظريات ، وذهبت آخر النهار لزميلي الصديق ومضى زوجتي .. ولم أجده ، ولم أستطع الصمت ، وأخرجت ورقا من مكتبه وانطلقت طوال ساعات ثلاث أشرح لزوجتي الفكرة وأرسمها على الورق وأربط الأشياء ببعضها البعض .. ولا أعرف إن كانت قد أدركت التفاصيل أم لا .. ولكنها كانت تتابع أفكاري الأغلب بقدر من الحب يشجني أن أقول مالا يعنيها دون تخرج ..

وحين حضر زميلي وزوجه تواعدنا أن أشرح له الفكرة فيما بعد .

وخلال أيام كنت أعيد القصة عليها مع زوجتي من أولها لآخرها .. وسألهم هل هناك جديد ؟ ، فقالوا : يبدو ذلك ..

وفي ليلة نالمة حلّت أنى أكتب خطابا لصديقي يسير في باريس الذي قال تعليق عن الشيء الـ « ما » الذى ينبئ أن أحب حياتي له ، واستيقظت في جوف الليل وأخذت أكتب له وأكتب حتى أكلت أكثر من عشر صفحات ، وأرسلتها فوراً دون أن أحفظ بنسخة ، ولم يرد (ولا أدرى حتى الآن إن كان خطابي قد وصل ، وسجل أن يسفه آرائى فى الرد أم أن رجال البريد أحسوا بنقل وزنه فخفضوا من جهد توصيله) .

واستمرت بعد ذلك أمارس المهنة ، ولكنى وجدت أن الأسماء القديمة تنوق فهمى أكثر وأكثر ، وأن الفكرة الجديدة تلح على أن أبحث عن أسماء جديدة ، وفطنت ..

ووجدت أن هذه الفكرة أكثر قبلا وفهما من التقييدات الشديدة والألتاز التي كنا نحاول أن نفهم بها الانسان المريض .

ووجدت أنه حتى العلاج أخذ طابعا آخر ومراحل أخرى ، أصبح أوضح وأبسط وأسرع وأكثر ترابطا .

وطبعا شككت في كل ذلك ، ولم يشك فيه مرضاى ولا زملائي (الصغار منهم طبعا) وقلت أبدا : هذه صحوة من صحوات الخيرة أردت بها أن أهدىء من حيرتي فترة ما ، وأن هذه الفكرة موجودة من قديم وقد انجلت فجأة . . هذه هي كل الحكاية . . لا بد أني قرأتها يوما . . أو أني سأقروها يوما . .

وذهبت أبحث عنها في كل ما تصل إليه عيني مما قرأت ، وذهبت أناقشها مع كل من أتق في سعة إطلاعهم ، ووجدت جزئياتها موجودة فلا ، ولكنها ليست موجودة إطلاقا ككل متكامل . . ، قال بها « فرويد » عند ما تحدث عن غريزة الموت والحياة ، وقال بها يونج وهو يfokus في اللاشعور الجمعي ، وفي حديثه عن تاريخ الانسان النوع وضرورة تحقيق ذاته ، وقال بها « إريك اريكسون » وهو يضع الانسان في تطوره الاجتماعي وكأنه عدة أناس بعضهم فوق بعض ، وقال بها ساندور رادو ، وإريك فروم ، وكارن هورني وفيربدن وجنترب وهنري إي وزرادشت ونيتشه وبرجسون ويرفاردشو وكل الناس .

ولم يقلها أحد .

وكنت حين أقرأ بالانجليزية والفرنسية ولا أجدها الفكرة ، أقول لنفسى لا بد أنها كتبت بالألماني . فهناك الأصالة والتطور وأنا لا أعرف الألمانية ، إذ أفلا جديد . ولكنه بالرغم مني ، بدا لي كل شيء جديدا .

وبعد شهور طويلة حين استقرت الأشياء وأخذت الأسماء الجديدة مواضعها التقريرية ، كتبت إلى زميلي وصديقي الدكتور محمد شعلان خطابا سيثا للغاية

حاولت أن أقدم له الفكرة ببعض التفاصيل ، وبعد أن شرحت فيه وجهة نظري في أن انتشار فرويد لم يكن لأصاته ، وإنما لحاجة الناس إلى تبرير توقعهم التطوري - أو تدهورهم - خلال القرن التاسع عشر ، قلت له :

« يا محمد : إما أن نسام إراديا في التطور أو نموت ، والسألة تحتاج إلى حوار متصل ، ولكنها لا تحتاج - في نظري - إلى تحليل منظم ، للسألة تحتاج إلى حب جارف ، وصدق ، وقشف قسى ، وتصوف ، وإيمان بالأصل ، وبالاستمرار ، وبقين بالتد ، وبكل ما هو أصيل . . وأين هذا كله ؟

هو موجود عبر التاريخ ، وهو الذى يحلنا فخر بأن تنتهى إلى هذا الجنس من المخلوقات . . . ليس هناك جديد بمعنى الجديد ، وإنما الجديد هو في إعادة تنظيم القديم ، أنا لا أشك أن هناك حوالى ألف أو قل مائة - في مجال الطب النفسى فقط - يفكرون فيما أفكر فيه الآن ، أنا لا أشك أنى إن لم أكتب ما يدور في وجدانى - الشيء الذى يلح على فيه البعض الآن - لا أشك أن غيرى سيكتبه ، وربما أفضل ، وحين أرسلت إليك مقالتي عن الصحة النفسية قدمت لها أقترح أن تعتبرها نوعا من الضلال المنظم Systematised delusion ، فإذا كان الضلال ما هو إلا دفاع ضد الجنون المطبق ، قد أطلق ، إلا إذا أردت أن تعتبر أن هذا الجنون في خدمة الذات والتطور . . إذا فهو الخلق ..

هل آن الأوان أن أحدثك عن هذا الذى كان ؟ . فليكن ..

الآن : ما هو موقفنا من المرض النفسى وتسمياته وعلاجه ؟

راجع التقسيم الدولى والأمريكائى وغيرها وتجنب للرحلة الوضيعة التى
تجملنا عندها ...

ثم راجع محاولة فهم المخ بالتفاعلات الكيميائية وقطع ، وستجد تقلصات
العلاء فى العامل تشبه تشنجات القتران ، إذ يحاولون تسميم ما على القار على
الإنسان ...

ثم راجع الموقف الأبله فى تفسير الصدمات الكهربائية .. ذات المفعول
الأكيد .

ثم راجع النظريات السيكلوباتولوجية وعدم ارتباطها ببعضها البعض من ناحية
وبالوضع المضوى للمخ من ناحية أخرى .

ثم راجع أقصى اليمين من المدعين - مثلاً - أن الأمراض النفسية ما هى
إلا نوع من الصرع ... وهم لا يفهمون الصرع ذاته .

ثم راجع الصراع العورى بين التحليليين والسلوكيين .

ثم راجع علاقة الأمراض ببعضها البعض : الصرع بالشيزوفرينيا والأخير
بجنون والهوس والاكتئاب .

ثم راجع التاريخ .. أعنى تاريخ الحياة وتناسبها : لا مع المرحلة القمية
والمرحلة الشرجية ... ولكن مع الموقف البارنوى والموقف الاكتئابى ... « الخ »

ومضيت فى خطابى الخ فى حاجتنا إلى جديد يربط كل ذلك ببعضه البعض
وأن التارماكولوجيا (علم العقاقير الطبية) النفسية من ناحية ، وتداخل الأمراض
الذهانية فى بعضها البعض من ناحية أخرى يمكن أن يعنى القهم ويحل الإشكال ...

ثم عرضت فكرتي عن أن مخ الإنسان ليس مخا واحدا بل عدة أمخاخ ،
 وأنى أعنى بالمخ تركيبا متكاملًا وليس منطقة بذاتها ، وأن كل تركيب متكامل
 له نقطة انبعاث تنظم عمله ، وأنه في الأحوال العادية لا يعمل إلا مخ واحد
 وتكون بقية الأمخاخ كامنة وأن هذا المخ الواحد هو الذى يسيطر على كل
 أجزاء الجهاز العصبي ، وفي الأحوال المرضية (أمراض الكينونة) يعمل أكثر
 من مخ ، وأحيانا يعمل للمخ القديم متفوقا ، ويتنصر على المخ الحديث والصراع
 بينهما ، وأن العقابر تصل بشكل تطورى مرتب على بعض الأمخاخ دون
 الأخرى ، وبذلك يمكن تهدئة المخ القديم اختياريًا دون المساس بدرجة كبيرة
 بالمخ الحديث ، وأن الصدمة الكهربائية إنما تسمح النشاط الكهربائي لكل
 الأمخاخ ثم تعطى الفرصة للمخ الأقوى أن يلقط عصا المايسترو ليوجه القرعة
 كلها ، وأن هذا يفسر اختلاف الاستجابة للعلاج الكهربائي دون حساب
 كيميائي وتهيئة نفسية مناسبة ، وأن العلاج النفسى وهو الحب الإنسانى يجذب
 طاقة المريض إلى الخارج إلى الناس ويفرى المخ الحديث بأن يلقط عصا المايسترو
 ولا يخاف من الوحدة أو القهر ، وأنه بذلك يتوافق العلاج الكيميائي مع
 العلاج النفسى مع العلاج الكهربائي ، وقسمت له الأمخاخ وسميتها ، وكان بديها
 وأنا أعرض كل هذه الأفكار في خطاب من بضعة صفحات أن أزيد الأمر
 تفصيلا وليس توضيحا كما قد يجد القارىء نفسه في متاهة وهو يتابع الفقرة السابقة
 مما يحتاج إلى اعتذار جديد - وكان بديها ألا أتوقع ردا إيجابيا... وهذا
 ما حدث - ولكنى على كل حال ختمت الخطاب قائلا :

« والآن : هل نلن الثورة ؟ هل نرفض الأسماء ؟ هل آن لنا أن نصمم
 على التطور بإرادتنا وعلى رفض المقدسات الخالدة ، هل نأخذ من كل مخ "

أصااته وجوهره ونحاول أن نوافق بينها التحول الناس للشقيين على أنفسهم إلى
إنسان واحد متوافق مع تاريخه المجيد في الصراع للبقاء والتطور .

هل نحضر ؟ هل تكتب ؟ هل نضام ؟

هل نستطيع الصمود حتى نموت لا نسرقتا أيا منا ولا أطاعنا قبل أن
يفتت عقولنا الكولستروال المترسب داخل شراييننا ؟

هل نستمر ؟

هل نأس مثل الأنواع المقتضة من الأحياء ؟

هل أنت معي ؟

ولك مني الحب والسلام ..

وكأقلت ، لم يكن الرد إيجابيا حيث أرسل لي خطابا قال فيه :

« هل تنضب من حرارة الشمس إذا احترقت جلوك ... أو من بلاهة الحمار
إذا لم يفهم قولك ؟ فلا غضب مني إذا كانت استجابتي لكتابك الأخير قد
تجمدت طليقة هذا الوقت . قد كان كتابك (أو خطابك) محاولة لترجمة
إحساس أيق في صدقه ... أما ترجمة الإحساس إلى لغة العقل والتصنيف والتنظيم
قد نزل على عيني غشاوة فلم أستطع أن أفهم ماذا تريد أن تقول .. ربما لمجرد
أنني في حالة ثورة على العقل والمنطق ... »

ثم قال « ... ولأني أعقد أن مثل هذه المحاولات ضرورية من أجل قتل
الخبرة من مجال الاحساس البهيم التامض إلى مجال الفاهيم الموضوعية ، ولتتمكن

قل العلم من جيل إلى جيل ومن مكان إلى مكان ، ومحاولتك هي إحدى هذه المحاولات ، ولكن مثلها مثل غيرها من المحاولات تجد نفسك تقول ما قاله النهر ولكن تصر على تغيير لفظ أو مفهوم ، بينما الأساس واحد وينشأ حوار ومناقشة وخلاف وبرز نظية .

ثم يقول « أريد أن أصل إلى أنى شئت نظريات وتنظيرا وتنظيلا وتصنيفا ، وإذا كان لى أن أعلم فإنى أريد أن أعلم بالخبرة » « إن مجال العلم مليء بالمقالات ، إنها أصبحت تمثل أزمة مثل أزمة اللواصلات وأزمة تلوث الهواء وأزمة التخلص من الفضلات ، والمقالات العلمية أصبحت قيمتها مقارنة بقيمة الورق والحبر الذى ينفق عليها .. أنت تحقق معنى فى هذا ، وسوف تقول أن ما حاولت أن تعبر عنه ليس مقالة أخرى وليس نظرية ، ولكنه توضيح وتنسيق لما هو معلوم ، وربط أجزاء العلم المتفرقة وتوحيدها حتى فى اللفظ وتصر على استخدام كلمة « مخ » وكلما تستخدمها يثار لباي لأنه كان فيها معنى سندوتشى للفضل عند « على كيفك » فى الإسكندرية « ولا بأس » فى القاهرة .

ثم يقول « أعود وأقول معك لا بد من تنظير وتنسيق وتوفيق .. ولكن أليس العلم مليئا بالنظريات .. وكلها نظريات لا تعمل شيئا ولا تنجد الطبيب فى لقائه مع مريضه فلماذا نصيف واحدة أخرى ؟ »

« لقد كنت فى معنى متحمسا لساندور رادو ثم وجدت معنى أعمد بلة لا يفهمها إلا تلاميذ ساندور رادو وعددهم محدود - ولكنى فضلت أن أعود إلى لغة التحليل النفسى لأنها لغة منشرة وبهما الكتىرون من أحترمهم وأستطيع التهام منهم »

ثم ينهى خطابه بعد اعتراضات أخرى كثيرة قائلا :

قبل أن أنام أقول : نعم لا بد أن أكتب وأن تكتب ولا بد أن نتحدث

بل تشارك أحيانا ولا بد أن تضاعل وجها لوجه ، ولا بد أن نجابه مشكلة حية
تحدث عنها قبل أن ترق في النظريات ، ولا بد أن تكون يوجدانك في
كتابائك وألا تمتنر ... وأقول أنى ملك ولست معك .. وليكن هذا
« علم وصول » الحديث لا بد أن يستمر « محمد »

وسكت .

أرسلت إلى بيير في باريس .. ولم يرد
وأرسلت إلى محمد في أمريكا .. ورد علىّ بهذا الدش البارد ، أو أقول
« القاتر » لما فيه من حب وصدق ..

وحاولت .. ولم أستطع .. واستمررت .. كل شئ جديد ومتغير رغم كل
شئ .. القديم موجود منذ الأزل وإلى الأبد ، والحقيقة باقية لا تتغير ، ولكن
ضوءاً بسيطاً مهما كان خافتاً لا بد أن يغير المنظر العام ..

وسكت طويلاً حتى جاء العيد فأرسلت له خطاباً حاراً كان فيه :

« عزيزى محمد : كل سنة وأنت طيب ، وأنت حر ، وأنت خالق ، وأنت
فيسك ، وأنت مستيقظ ، وأنت محبوب ، وأنت تحب ، وأنت تنفى وتطلق ،
وأنت قوى ، وأنت مسئول ، وأنت شريف ، وأنت إنسان ، وأنت تتطور ،
وأنت حى ... »

وصلنى خطابك « ضد الأنحاح » ورفضت أغلب ما جاء فيه وجمعت فيه

من التناقضات ما أغرائى بالرد عليه ، ثم أغرائى بالرد عليك ، ثم أغرائى
بالحديث عنك .

وفيه قلت :

« لقد رفضت اللفظة ثم تمسكت بلفظة الأغلب : المحللين

وهاجبت الأبحاث .. ثم استشهدت بنتائجها !

ورفضت التشخيص .. ثم تمسكت برموز النظريات السائدة !

ورفضت المنع .. خوفاً من أن تسجن في خلاياه !

وحاولت أن تفرج بؤسك إليك أنك نجحت... ولكن الحرية صعبة صعبة ،
فأنت تتردد وتحاول أن تميل تحت مظلة تحشى بها ، والمظلة ليست قصفاً مثل قفصك
القديم ، ولكنها وقاية مما يأتي من السماء ، من الجهول .. ولكن إلى متى تظل
راضياً فوق رأسك ؟ ثم كيف تستعمل يديك ؟ وكيف تنطلق ؟ تتنطلق !

نعم ...

لا بد من آخرين ، ولكن ليس دائماً أصحاب لغة لفظية وإنما أصحاب مشاعر
وقلوب (قلوب مخفية أيضاً) ، وفيما أعلم فلم ينبجج إنسان وحده »

ثم قلت له :

« قيود الأرض غائرة في جوفها وهي تجذبك إليها ، وأنت تخمن ، وتخاف ،
وقيود التحليل النفسى تأمن في رحابها .. ولكنها تصل إلى فكرك
في براءة ظاهرية ، وتوهمك أنها مفاتيح تفتح الأقفال ، وأنت في سكرة الأمان ،
وأنت تحمل كومة المفاتيح ، تنسى أن المفاتيح قفل الأقفال أيضاً ولا تفتحها قط ،
وأنت تعلم أن كنت حريصاً على رجوعك ، وما زلت ، ولكن حرصى اليوم
لسبب آخر غير زمني ، لأنني زماناً كنت حريصاً على قسم الأمراض النفسية

وعلى مفسر-، وعلى صديق شريف، أما الآن فأنا حريص، على إنسان، قاربنا. كان وجودك معنا خطوة على الطريق التطورى لنا جميعا .

وأنت تسأل : هل الجلسات الصباحية التى أشرت إليها من معلم لتلاميذ أم من ند لند ؟ وأنا أجد غنى الشجاعة الآن لأقول إن رؤيتى الصوفية الآن تجعل الصدق أساس التضام وليس كم المعلومات ، وتجعل الحرية الذاتية هى الوسيلة الأولى لتقييم رأى وليست الحجج والبراهين ، ومن ثم فأنى لا أجد الصدق والحرية إلا فى الشباب (مهما كانت أعمار شهادة الميلاد) وإنى بعد تجربتى الأخيرة لست مستعدا بحال أن أضيع عمرى فى مناقشات يزنطية تستعرض فيها البصائل ، أو يحى بها المناقش نفسه من أصالته ، أو يحصل بها المناقش على شيى فكري زائف ، وإنما أنا مستعد أن أبذل عمرى مع إنسان حر صادق تثيرنى اعتراضاته فأجد بها ذاتى وأثير بها فكبرى ، ويثيره هجومى فيستيقظ ويرفض ، ويتحرى بلا خجل . . . والإنسان الذى حل مشكلته بين الكتب والأبحاث ، الذى يشق حروف المطبعة أكثر من نبض الإنسان يصعب على أن أثير فيه تساؤلات الوهبود والكون والخلق ، وربما كانت مثل هذه التروق هى التى تميز الانجليز عن الفرنسيين ، والعلم المندمى عن الفلسفة الصوفية ، والأرقام عن الموسيقى . . الخ ، والزميل العالم الحافظ المنظم ، أحترمه كما أحترم الأممات للصنوع منه برج الجزيرة ، وأحبه كما أحب عمارة بلونت ، وأقدر كفاحه كما أقدر مهندس السد المالى . . . وقط - من أجل ذلك فأنا أحتاج من أستطيع أن أتكلم معه دون أن أنطق ، وقد وجدت منهم الكثير هنا بين الشباب خاصة ، لأنه كما يقول العرب « من طلب شيئا وجدته » .

ثم قلت أخيرا :

« لسبب أدري كيف بدأت الخطاب وكيف أنهى ، كل ما أدريه أنى أحل

في قسمي هذه الأيام ومنذ إبريل الماضي طاقة هائلة من الحب تكاد تغمر العالم كله ، طاقة تكاد تصنع الحياة ، طاقة تصحى الجنون ، وتشرق كالشمس بين جنبي ونفسي ، وتدفيء وأحس أننا لو كنا جماعة لملأنا شيئاً .. ربما .. بل حتماً ..

وأخيراً لك ما تشرب به من خلال الكلمات »

* * *

هل يمكن أنهي هذا الفصل بنير ما أنهيت به هذا الخطاب ؟
أو هل يمكن أن أنهي هذا الكتاب بنير ما أنهيت به هذا الفصل ؟
لا أعتقد .

* * *

وبعد ...

فهل انتهت حيرتي ؟

أم هي بدأت ؟

ملاحق الكتاب

مستويات الصحة النفسية على طرق التطور الفروي

«سراط: لقد كنت أهدك أيها الصديق أنك لن تمنح
برأي الآخرين في هذه المسألة .

جلوكون : ذلك لأنه لا يلقى بمن قضى حياته مثلك وهو
يفكر في هذه المسائل ، أن يكتفى بمرض
آراء الآخرين دون أن يمرض آراءه هو .
سراط : ولكن أعلن أنه يلقى بالمرء أن يتحدث
عما لا يملكه وكأنه يملكه ؟
جلوكون : كلا ، لا يصح أن يتحدث وكأنه يملكه ،
ولكنه يستطيع أن يقول ما يعرفه على
سبيل عرض رأيه الخاص »

أنلاطون — عاورة الجمهورية
الكتاب السادس

مقدمة :

الإنسان كائن متطور ، وتطوره لا يقتصر على مفهوم النشوء والارتقاء فحسب وإنما يعنى الواقع الذاتى للفرد للوصول إلى مستوى إنسانى أرقى ، والإنسان لذلك لا يقتصر هدفه فى الحياة على متعة ذاته أو حفظ نوعه ، ولكنه يمتد إلى تطوير وجوده والرقى على نفسه .

هذه حقيقة قديمة قدم إدراك الإنسان لذاته ، وقد ظهرت فى حياة وإنتاج الفلاسفة والفنانين ورواد الفكر على مر العصور ، وحين نادى زرادشت أو نيتشه أو برناردشو بالإنسان الأعلى ، كانوا يجسدون شعب بورم الصادق لفكرة تطور الفرد عبر تاريخه الشخصى ، ومن ثم تطور نوعه ، ومعظم هؤلاء الارتقائيين يمزجون هذه النزعة إلى دافع أصيل فى الإنسان يتخذ أسماء وصنفاً مختلف باختلاف نوع الفلسفة أو زاوية الرؤية أو لنة الفن .

إلا أن آخرين أنكروا ذلك بطريق مباشر أو غير مباشر ، ومنهم فرويد بتأثيره غير المحدود على رأى العام — رجل الشارع — وتأثيره المخفل فى علوم النفس ، فقد عارض هذه التمسكة صراحة إذ يقول « ... ذلك لأنه يلوح لى أن التطور البشرى ، وما وصل إليه حتى اليوم لا يتطلب أن نلتصق به تفسيراً يختلف عن تفسير التطور فى الحيوان ، وأن ما يبدو لدى أقلية من الناس من رغبة ملحة جامحة تدفع بهم إلى الرقى والكمال ، لم يكن تفسيره على أنه نتيجة كبت للبول العريضة ! ! »

وقد استدرج الطب النفسى تحت تأثير التحليل النفسى مرة ، وتأثير الكيمياء والكهرباء مرة أخرى ، إلى إقفال هذه الحقيقة وأصبح هدفه إما أن يحقق للمريض اللذة والحياة السهلة ، أو أن يسكن ثأرته ويخفى أعراضه .

وفي هذا أو ذاك هو يحاول أن يرجع بالإنسان إلى حظيرة الصحة ، أو ما يتصوره كذلك .

ولكن ما هو تصور الطب النفسى للصحة ، وما هو الحد الفاصل بينها وبين المرض ؟ وهل السواء هو المتوسط الاحصائى ؟ أم هو الحالة التى كان عليها المريض قبل عارض للرض ؟

على أنه لو استلردنا فى عرض هذه الأسئلة القديمة الجديدة، ومحاولة إجابتها لكان ذلك إعادة لما سبق أن حير الناس والأطباء وعلماء النفس مما ، وما زال يحيرهم دون جديد محدد .

ولكن المشاكل العملية التى تترتب على هذا التوضيح فى ممارسة الطب النفسى ، مشاكل لا تقع فى دائرة الخلافات النظرية وإنما هى تمس الطبيب وتميره أمام المريض فى كل يوم .

لكل هذا فاقى أقدم مرض مفهوم تطورى للصحة النفسية أحاول به الرد عن بعض هذه الأسئلة من ناحية ، والمساهمة فى إعادة النظر فى وظيفة بعض أنواع ومراحل المرض النفسى على سلم التطور والتدهور من ناحية أخرى ، وهذا المفهوم يهدف أيضا إلى وضع الطبيب النفسى موضعاً إيجابياً يساهم فيه فى هذه الحركة بكون مفتوحة على مصادر العلم ، وإيمان أصيل بمستقبل الإنسان وخيره .

الهروب من المشكلة .

لجأ كثير من الأطباء النفسيين إلى الهروب من مواجهة هذه المشكلة بعدة طرق أورد أهمها فى هذه المقدمة :

لولا : اعتبر بعض الأطباء النفسين أن الصحيح نفسيا هو الخالي من الأمراض ، أو بشكل أدق من الأعراض .

ولكنه تبين من ناحية : أن بعض الأعراض توجد في كثير من الأسوياء ! ولكن بمجرد وجود المرض لا يعنى المرض ، وقد حاولت بنديكت روث Bonidict Roth أن تثبت أن قيمة العرض المرضية تتوقف ليس على وجوده فحسب ، بل على انتشاره وقبوله من البيئة أو رفضه ، ولكن بفروكي Wegrocki أوضح أن المسألة تتوقف على وظيفة العرض المرضية ، وليس على مجرد وجوده أو انتشاره ، فإن المرض قد يحلّم التوازن النفسى وأحيانا التكيف ، أو هو قد يحلّل بهما تبعا لدرجة الديناميكي ووظيفته السيكيوباتولوجية ، ومن ناحية أخرى : ففي حالة ما إذا لم توجد أعراض أو أمراض فإن ذلك لا يعنى الصحة إذ أن تعريف الصحة تعريفًا سلبيا رفض في أغلب المجالات حتى أن الهيئة الصحية العالمية أوردت تعريفا للصحة بوجه عام ينص على أنها « ليست مجرد الخلو من المرض » كما سيأتى تفصيلا .

ثانيا : حاول فريق آخر من الأطباء أن يحدّوا أنفسهم بالذين يحضرون إليهم للعلاج طائسين أو مكرهين ، فلبّأوا إلى التفرقة بين « المريض » « والذي به مرض » ، « فالمرض » عندهم من يحضر لاستشارتهم ، يحضر هو أو يحضره آخر ، أما « الذى به مرض » فقد يحضر أو لا يحضر وقد لا يحضره آخر ، وحين لا يحضر يتصور هذا الفريق من الأطباء أنه ليس لنا أن نحكم له أو عليه ، ويفسر أصل هذه الفكرة وجود تغلّين في اللغات ذات الأصل اللاتينى يختلفان في المعنى نفس هذا الاختلاف وما في اللغة الإنجليزية مثلا لفظا « Patient & Ill » (ولم أجد لهما مقابلا مباشرا في اللغة العربية فترجتهما إلى ما سبق وهو أن

الريض هو ال Patient « والذي به مرض » هو Ill) أما المريض « Patient » فمعناه الحرفى فى اللغة الانجليزية: الشخص المريض (حالة كونه) يعالج بواسطة طبيب ، وأما الذى به مرض « Ill » فترجمته الحرفية « فى صحة سيئة » (ولكن لهذا اللفظ الأخير معان أخرى مثل « ذو خلق سيء » أو مؤذ . . . وهى معان ليست ببسطة عن بعض أنواع المرض النفسى على كل حال) .

وقد ذكر جيليس Gillis فى ذلك أنه لا يوجد مبرر لمحاولة أن نفصل الخراف عن الساعز باعتبار أن من يحضر للعلاج فقط هو المريض .

على أن خروج الطبيب النفسى من وراء مكتبه فى العيادة النفسية أو المستشفى العقلى ، ودخوله بالبحث والدراسة إلى المجتمع الأوسع ، وازدهار علم النفس الاجتماعى والطب النفسى الاجتماعى جعلوا هذه التفرقة لا معنى لها ، بل أصبحت قاصرة ومعوقة ، لأن حضور « ذى الصحة السيئة » إلى الطبيب ليصبح « مريضا » لن يثير من صفاته ، كما أنه ثبت أن أسباب الذهاب إلى الطبيب النفسى لا تتوقف على شدة المرض أو نوعه ، بل تتداخل فيها عوامل متعددة مثل درجة ثقافة الفرد والمجتمع ، ومدى الرعاية النفسية ، والقدرة الاقتصادية ، والمكاسب الثانوية من الموقف عامة ، وقد قام راونسل ولادون Rawnsley & Lawden بدراسة بعض هذه العوامل التى تحكم فى تحويل المريض إلى عيادة نفسية عن طريق المدارس العام ، ولم يحد أى ارتباط ذى دلالة بين هذا التحويل وبين « شدة المرض » أو أى « تشخيص خطير » ، أو أى ارتباط آخر مثلا مع السن أو الحالة المدنية .

ويلاحظ الطبيب النفسى وخاصة الذى يمارس المهنة فى عيادة خاصة أن بعض المرضى يجهلون « للعلم بالشيء » وزيادة المعرفة ، أو ليزيد طالب قدرته على الاستدكار ، أو لتنظم أسرة مصروف الشهر . . إلى آخر هذه الأسباب التى لا تتصل مباشرة بالمرض النفسى المحدد للعالم .

الهدف : لجأ جمهور الأطباء إلى اعتبار المريض مقياس نفسه ، وبالتالى فالصحة هى ما كان عليه قبل المرض أو قبل الاستشارة الطبية ، ويقوم فى ذلك الطبيب بدراسة مسهضة لشخصية المريض قبل المرض يدرس فيها نواذعه وسماته وعلاقاته الاجتماعية وعاداته وغير ذلك ، ثم يجرى دراسة مقابلة عن حالة المريض أثناء المرض (الآن) ، ثم يحكم على مدى صحته ومرضه وربما على الهدف من علاجه .

ولكن حالة المريض قبل المرض ربما لا تعنى الصحة ، فربما أنه « لم يكن يشكو » أو أنه « لم يكن يعرف » ، ولو أن الهدف من العلاج كان فى المقام الأول هو الصحة ، وكانت الصحة هى حالته قبل المرض ، فإن ذلك قد يعنى أن تقلل من إدراك المريض حتى لا يشكو . ١١. ورغم أن هذا طريق يصلح فى بعض الأحوال إلا أنه ليس القاعدة على كل حال ، إذ أنه كثيرا ما لا يستطيع المريض أن يحدد ترتيب ذاته كما كانت قبل المرض بعد ما تبين له - بالمرض - فشل الترتيب السابق له ، وكثيرا ما تكون مقاومته واحتماله قد أصبحت أضعف من الاستمرار فى الحالة السابقة مما يتطلب درجة من المقاومة أكبر ، أو درجة من الحياة أدنى .

اتجاه التعريفات :

لا أريد هنا أن أسترسل في مراجعة تعريفات الصحة النفسية التي يمكن أن نجدھا في محوٲ نظرية أخرى بشكل شامل ومنصل مثل بحث جيليس Gillis أو تيوكر Tucker ، وقد انتهت أغلب البحوث الماثلة بالخيرة التي بدأت بها ، فيقول جيليس مثلاً في نهاية مقالہ أنه يبدو « أن الصحة النفسية لا يمكن تعريفھا كشيء محدد ، وأنها موضوع نظري وليست قيمة قائمة بذاتها » ، ويضع تيوكر تعريفاً يبدو أنه شخصياً غير مقتنع به ، إذ ينتهي إلى تشبيه الصحة النفسية - مشيراً إلى حوار فلسفي بدأ به اللقال - ببقرة موجودة « هناك » ولكنها تقف وسط الضباب .

ونلاحظ أن التعريفات بصفة عامة تتجه لثلاثة اتجاهات رئيسية :

الاتجاه الاول :

وهو الاتجاه الذي يرى الصحة النفسية حركة ، أو عملية ، تتجه نحو هدف ما وأنها ليست حالة ساكنة ، ومن الأمثلة على ذلك ما قاله ليمنكو Lemkau « هي هدف في المستقبل تتجه إليه الشخصية باستمرار ... وأن هذا الهدف هو الشخصية الصحية » وما أوردہ عن آخرين من « أن الصحة النفسية هي غاية سعى الفرد أن ينمي قدراته الكامنة » أو « أن الصحة النفسية هي السعى إلى لثل ومحاولة اختيار أى القيم نمتد وأى الأعلام تتبع »

ويستمر هذا الاتجاه واضماً الصحة النفسية كحلم للمستقبل

الاتجاه الثاني :

وهو الاتجاه الذي ييسط الأمر تبسيطاً ظاهرياً باستعمال ألفاظ سهلة ولكنها

تعنى معان ضخمة وغامضة ومتنوعة ، فمن أبسط التعاريف وربما أشملها قول فرويد أن الصحة النفسية هي أن « تعمل وأن تحب » ، ولكن بالتوصيل إلى فكر فرويد وطريقته في التفسير والملاج نجد أن نوع العمل يحتاج إلى توضيح فضلا عن نوع الحب وقد أرجعه صاحب التعريف إلى أصول شبقية تحد من مفهومه تماما ، ومن هذه التعريفات أيضا ما يؤكد على أن الصحة النفسية هي « التكيف » ويشير بعضهم إلى أن المقصود بالتكيف هو التشكل مع المجتمع القائم ومعاييره ، في حين يتسع معنى التكيف عند آخرين ليصبح مرادفا للتوازن الداخلي والخارجي ، أى مرادفا للصحة ، وبين هذا المعنى الضيق وذلك المعنى الشامل لا يوجد تحديد أو تصنيف ، لذلك فإن الرضا بالتعاريف البسيطة دون عرق لا يقدم بفهمنا لهذه المشكلة كثيرا .

الإنهاء الثالث :

أما الانجاء الأخير فهو يتحدث عن الصحة النفسية بصفات مرصوصة ، تحدد معالم الصحة الايجابية وتؤكد أن الفرد ينبغي أن يتصف بكل هذه الصفات مجتمعة قبل أن يستأهل صفة الصحة ، ومثال ذلك ما أورده جاهدو Jاهدو متضمنة في تعريفها مفاهيم عظيمة ، ولكن يبدو أنها كانت أعظم مما يمكن تحقيقه ، مثل « شعور الفرد بأبعاد نفسه ، ودقة الذات ، والتوافق الذى يتضمن توازن القوى النفسية ، والتلقائية ، وإدراك الواقع ، والرضا عن النفس ، والسيطرة على النوازع » إلى آخر هذه الصفات التى تقرب من المثالية وليست من الصحة بمفهومها العام .



وحق هذه الرحلة نجد أن كل ذلك يشير إلى أن الصحة النفسية هي .

« حركة في اتجاه .. يبدأ من التكيف مع المجتمع بقيمه الدائنة ،

ويتهى بمثالية صعبة أو نادرة التحقيق ، وكل هذا في إطار غامض

غير محدد »

معلومات عملية :

على أن هذه الخبرة ، والتفاوت بين التعريفات ، ليست مشكلة نظرية بمحة فإن ما يترتب عليها من تشوش وخط في الحكم على الأسوياء والمرضى في مجال البحث والعلاج يؤكد حاجتنا الشديدة إلى تحديد واضح وخاصة في مجتمعا النامي وما يائله من مجتمعات . من ذلك أن الأبحاث التي تدرس أثر التصنيع على الصحة النفسية تصل إلى نتائج مخيفة ومتشائمة دون مبرر على دقيق ، قد راجع أراسته Arasteh ستة وسبعين بحثاً أجريت في أفريقيا وأمريكا الجنوبية عن تأثير التصنيع على الصحة النفسية وخرج بأن النتائج متناثرة ، وغير محددة ، وليس لها علاقة بعضها ببعض ، وهزا ذلك إلى اختلاف للقياس التي يقيسون بها .

ومثال آخر في المجتمع الصناعي في الولايات المتحدة الأمريكية حاول

Blatt أن يطبق مفهوما للصحة النفسية - كما تصوره طلبة الدراسات العليا في علم النفس الاكلينيكي - على مجتمع صناعي ، وخرج من نتائجه بالاستنتاج التالي : « كلما زادت رتبة الوظيفة .. كلما كانت الصحة النفسية أحسن » ، ولكننا

يمكن أن نضع النتيجة بصورة أخرى قائلين « كلما زادت رتبة الوظيفة كلما تشابه شاغلها مع طلبة الدراسات العليا لعلم النفس » .. أو حتى : « كلما شارك

الفرقان في التكيف الآمل . « ذلك لأن نوع الصحة لابد أن يتناسب مع المستوى الاجتماعى والتكبرى .

وفى محاولتنا للدخول إلى فهم المجتمع الصناعى ومشاكله النفسية والطبية فى هذه الفترة من تطورنا أجرينا بحثا عن الغياب المرضى (الرخاوى وآخرون) حاولنا أن نربط فيه بين تواتر الأعراض والمظاهر النفسية ، وبين الغياب للمرضى الطويل لأى سبب ، ووجدنا علاقة إيجابية ، مما دعانا إلى استنتاج أن الغياب للمرضى بالنسبة لمجتمع ما يمكن أن يكون مؤشرا للصحة النفسية للمجتمع ككل ، أما بالنسبة للأفراد فقد عجزنا عن تصميم هذه القاعدة ، وقد تجنبنا التعرض لتقييم ومقارنة الصحة النفسية للصعوبات التى تحيط بهذا المفهوم ، وكان هذا نوعا من التهرب من مواجهة المشكلة فى مجال البحث العلمى ، مما يشير إلى أن البحث عن تحديد وتوضيح مفهوم الصدمة النفسية أصبح ضرورة ملحة ليس فى مجال التطبيب فحسب بل فى كل المجالات .

المقاييس التقليدية للصحة النفسية :

بالرغم من اختلاف التعريفات هذا الاختلاف الظاهر ، إلا أن المقاييس التى تقيس بها الصحة النفسية ما زالت محدودة ومقبولة من الجميع وهى ثلاثة مقاييس على وجه التحديد ، التكيف ، العمل ، و الرضا وهى معايير صالحة فعلا ، ولكن معانيها كما سبقت الإشارة قد تختلف أشد الاختلاف من فرد لآخر ومن مجتمع لآخر .

وقد أشرنا إلى « أن التكيف » مثلا قد يعنى التلاؤم مع البيئة الخارجية أو الباطنية ، ولكن أسئلة كثيرة قد تشكك فى قيمته كمؤشر للصحة مثل :

التكيف لمصلحة من وعلى حساب من ؟ التكيف إلى أى مدى وفى أى مجال ؟ وما هو حكم تكيف مجرم مع أفراد عصابته أو عدم تكيف فنان مع بيئته القريبة ؟

أما « العمل » فإذا قصدنا به مجرد الإنتاج المادى فى المجال الأسمى لعمل الفرد فهو كثيرا ما يضع الانسان فى عداد الآلة التى تقاس جودتها وصلاحيتها بمدى إنتاجها ، لذلك كان العمل أنواعا تختلف حسب هدفه ومجاله ووظيفته للفرد والمجتمع .

وأخيرا فإن « الرضا » يمثل قمة الإنجاز ، إذا لم نحدد معالاه تفصيلا ، فما هو الرضا فى جوهره ؟ أهو الاقرار بالرضا ؟ أم التسليم عن رضا ؟ أم هو تصور الرضا ؟ أهو حكم الشخص على نفسه أم حكم الناس عليه ؟

كل هذه تساؤلات تثير نفس القضية حول نوعية الصحة ، وقد تثير مشاكل مصاحبة للقضية مثل «مدى اعتبار المجرمين مرضى» أو مشاكل «البقرية والإبداع الفنى» وغيرها من المسائل التى ترتبط كلها بأصل واحد وهو مدى الصحة ونوعيتها .

نوعية الصحة .

من كل ذلك يتضح أن التفرقة بين مستويات الصحة النفسية أصبحت حاجة ضرورية وعملية للتطبيقات اليومية ، سواء فى مجال البحث العلمى أم العلاج ، لذلك كان الاتجاه حديثا إلى وضع التساؤل عن الصحة النفسية بشكل آخر ، فبدل أن تسأل عن الشخص المعنى : هل هو صحيح أم مريض ؟ ينبغى

أن نسأل « كيف هو صحيح ؟ » أى على أى مستوى وبأى صورة ؟ فإن للصحة مستويات تصاعدية مختلفة ، وبذلك تتجنب الوقوع فى خطأ اتهام أغلب الناس بعدم الصحة إذا هم لم يتصفوا بصفات معينة ، ربما تكون أقرب إلى صفاتنا نحن ، أو حتى إلى الصفات التى تمنناها لأنفسنا ، وقد نبالغ فى ذلك حتى نصل إلى مثالية بيده التحقيق ، فكم لاحظنا صيغة « أفضل التفضيل » فى كثير من الأوصاف التى نخلع على الصحة مثل « أحسن ما يمكن من تكيف » « أفضل طريقة للحياة » أو ألقاظ أخرى تصلح لتصيد شعرة مثل « قمة السعادة » « غاية النضج » « الفاعلية الكاملة » ، ولم يقع فى ذلك الخطأ فرد أو عدة أفراد ، ولكن التعريف الذى أوردته الهيئة الصحية العالمية عن الصحة عامة كان يحمل مثل هذه الصفات المطلقة وهو : « الصحة هى حالة من تمام Complete الشعور بالسعادة (أو الراحة) فى كل المجالات : العقلية والجسمية والاجتماعية ، وليست مجرد انقضاء المرض » .

كل ذلك جعل لزاماً أن يتضمن السؤال عن الصحة ، تفاصيل عن التكيف .
وليس مجرد الكم .

وقد دفع هذا « أراسته » Arasteh إلى وضع مفهوم على الصحة النفسية ، يربط فيه مدى تطور الفرد بمدى إدراكه لهذا التطور وتناسب احتياجات هذه المرحلة مع ما يهبته المجتمع من فرص لتحقيق أغراضها ، وبذلك يكون قد ربط الإدراك بالتطور ، بتحقيق الاحتياجات ، بالفرص المتاحة فى المجتمع ، وعليه يكون الفرد فى صحة جيدة « إذا حققت دوافعه مدى إدراكه لاحتياجاته ، وأمكنه مجتمعه من ذلك » .

وقد وضع تبعاً لذلك فرضاً لنظرية متكاملة عن الإنسان تجعل دافع النشاط

Activity Motive في مستوى أساسى، على قدم المساواة مع دافع الجنس، وحفظ الذات، وقد حدد مستويات ثلاثة للصحة النفسية هي المستوى الطبيعى Natural Level حيث ينصرف الإنسان آليا ليحقق حاجاته البيولوجية أساسا، والمستوى التالى هو المستوى الثقافى Cultural Level حيث يدرك الإنسان بيئته ويستجيب لاهتماماته في حدود البيئة المباشرة، وأخيرا المستوى الخلقى - ومماه أيضا البعد يئى - Creative & Transcultural، حيث يضغلى الإنسان حدود بيئته المباشرة ويصبح تكيفه مع الحياة ذاتها .

ويبدو أن هذا الاتجاه كان ينبض في عقل أكثر من مفكر في نفس الوقت فقد حاول برينيتى Brunetti مستقلا أن يضع مستويات للصحة جاءت موازية تقريبا لمستويات أراسته، واعتمد في ترتيبه على مجالات التكيف وأبعاده، وفرق بذلك بين «صحة الجسم» أو الصحة البيولوجية La Santé Biologique حيث يكون التكيف بين أعضاء الجسم، وتكون الصحة مرتبطة بمدى تلاؤم الأعضاء مع البيئة العضوية الداخلية، ثم «صحة النفس» La Santé Psychologique التي ترتبط بمدى تكيف الفرد مع مجتمعه البشرى المباشر مثل أسرته وزملاء عمله، ثم أخيرا «صحة الروح» La Santé de l'esprit التي تشير إلى التكيف والتلاؤم مع عالم الإنسان بصفة مطلقة، وعالم ما بعد الإنسان زمانيا ومكانيا .

ورغم وضوح هذه الرؤية ومساريتها لحاجتنا الشديدة لتقسيم الصحة النفسية إلى مستويات نوعية إلا أن تطبيقاتها العملية لم تأخذ حقها الواجب، كما أن النظريتين لم تشيرا على وجه التحديد إلى هذه التطبيقات وكيفية الاستفادة من هذه الرؤية فيما عدا ما أشار به أراسته من الحذر في الدراسات المقارنة، وعلاقة نظريته هذه بنظريته في العلاج النفسى .

ويمكن أن نوجز الحقائق التي أوصلتنا إلى هذه المرحلة من التفكير فيما يلي :

١ - أن الصحة النفسية ليست قيمة واحدة وإنما هي عدة قيم ، أو هي عدة مجموعات من القيم ، التي يمكن ترتيبها على مستويات تصاعدية .

٢ - أن الفروق بين هذه المستويات هي بالضرورة نوعية وليست فقط كمية .

٣ - أن الإنسان في حالة تطور دائم ، ليس فقط في تاريخه كنوع ولكن أيضا أثناء حياته كفرد مستقل .

٤ - أنه ينبغي فحص الفرد وبيئته في نفس الوقت ، لتحديد نوع ومدى صحته النفسية .

وقد وجدت أن المستويات المختلفة للصحة النفسية صالحة لنرض محدود ، ووجدت أنه ينبغي أن نضع في الاعتبار الوسائل النفسية للحصول على التوازن في كل مستوى ، وللاشاكل العملية التي يمكن أن نحلها بهذا الفهم الجديد .

ومن بعض هذه الأسئلة التي ينبغي أن نشغلنا ونحن نقسم الصحة إلى مستويات ، تساؤلات حول أسباب المرض النفسي وأنواعه وعلاجه مثل :

١ - هل يمكن أن ترتب الأمراض النفسية في مستويات مقابلة لمستويات الصحة المقترحة ، وبالتالي فيد ترتيب التشخيصات ترتيبا تطوريا - أو تدهوريا - على وجه الدقة ؟

٢ - كيف يمكن ربط أسباب المرض النفسي الوراثية والبيئية بهذه

الحركة التطورية ومضاداتها سواء الوصول إلى مستوى أرق للصحة النفسية ،
أو مستوى أخطر من المرض ؟

٢ - هل يمكن للعلاجات المختلفة - نفسية أو كيميائية أو اجتماعية -
أن تجد دوراً جديداً يتناسب مع إعادة ترتيب مستويات الصحة والمرض ؟

التعريف :

وفي محاولة للإجابة على هذه الأسئلة أقدم فرضاً جديداً من واقع الممارسة
العسلية ، ولا يخفى أن العلم لا يتقدم بمجرد وضع القروض ، ولكنه أيضاً -
كما قال ويتهود Whitehead « ... إن بعض اللصائب العظمى التي لحقت
بالإنسان ، كانت نتيجة لضيق الأفق مع أسلوب منهجي ممتاز »

وقد بدأت بوضع تعريف للصحة النفسية حاولت أن أجعله شاملاً ، ولكني
موقن ابتداءً أن أصعب الأمور ، وربما أسخفها ، هو التعريف ، ومع ذلك فلا بد
من بداية :

« إن الصحة النفسية هي توازن القوى التي توجه إمكانيات فرد ، معين
في مجتمعه ما في وقت بذاته لتحقيق لهذا الفرد احتياجاته المرتبطة بدرجة تطوره ،
والتي يتم بها التوافق الداخلي ، والتلاؤم مع ما حوله في نفس الوقت »

وأهم ما أحب التركيز عليه في هذا التعريف - وهو ما أكده الكثيرون
من قبل متفرقين - وهو توازن القوى وارتباطه بامل الزمن ، لأن الفرد
يتغير ، والمجتمع يتغير ، والرؤية تتغير ، والاحتياجات تتغير من وقت لآخر ، ومن
ثم فإن التوازن وقوامه يتغير من وقت لآخر ، فهي عملية تتناسب مستمرة

توقف على الوقت مثلما تتوقف على العوامل الأخرى مجتمعة أو على افراد .

التطور الفردى ومحطات التوازن الرحلية :

أحب أولاً أن أشير إلى أن الحديث عن الصحة النفسية مرادف في أغلب الأحوال للحديث عن النضج ، وكأن مفهوم الصحة النفسية الشائع وتفرقاتها يختص بالإنسان الراشد ، ويعرف تلك الحالة التي يتمتع بها الفرد بعد إتمام مراحل نموه ، وهذا مقبول بداهة ، إلا أنه لا بد من توضيح شكل التوازن ومعناه في مراحل النمو المختلفة ، وعلى ذلك فأتى سأبدأ بتصنيف الصحة النفسية عند الراشد ثم أربط ذلك فيما بعد بالمرحلة السابقة .

وبما نبار أن الصحة النفسية هي توازن القوى القمالة التي تهدف إلى تحقيق التوافق الداخلى والخارجى بكل وسيلة ممكنة ، وأن الإنسان كائن متطور فى حياته الفردية مثل تطوره فى تاريخه ، فأتى أعرض الفروض المتتالية الآتية :

الفرض الاول :

يولد العاقل حاملاً إمكانيات ودوافع متعددة يختلف تصنيفها حسب المدارس النفسية المختلفة ، كما يولد حاملاً طرقاً فى السلوك يستعمل بها هذه الامكانيات والدوافع ، ولنسم هذه الأخيرة «الوسائل» تمييزاً لها عن القدرات الأساسية العامة والخاصة ، وتمتد جذور هذه الطرق السلوكية إلى تاريخ الفرد وتاريخ النوع معاً ، وتاريخ الفرد هو تكرار لتاريخ النوع على كل حال ، وتستعمل هذه الوسائل المتنوعة سائر القدرات لخدمة أغراضها حسب مرحلة تطور الفرد ، وهدفها دائماً تحقيق التوازن ، فالدكاء العام أو المهارة الخاصة قد تساهم فى تحقيق

التوازن في كل مرحلة تطور ولكن بنوعية مختلفة عن المرحلة الأخرى
لاختلاف الهدف ونوع الحياة في كل ، فالتقسيم هنا ليس تقسيم قدرات
أو دوافع ، بل هو تقسيم وسائل وأهداف استعمال هذه القدرات .

ويمكن تقسيم هذه الوسائل إلى ثلاث نوعيات :

١ - الوسائل الدفاعية : وهي الوسائل التي يدافع بها الإنسان عن
وجوده ككائن حي ، وعن بقاءه واستمرار نوعه الحالي ، وبها يتجنب الألم
والقلق والرؤية للتيرة لها ، وهي وسائل تمتد جذورها إلى تاريخ الإنسان
الحيواني وإن اتخذت في أجداده صورة بيولوجية (بمعنى جسمية عضوية في
هذا المقام) في حين تحولت بالنمو النفسى المقدر للإنسان إلى وسائل دفاعية
نفسية مقعدة تسمى أحيانا بالليكانزمات الدفاعية *Defensive Mechanisms*
فالخزياء والقرائة تغيران لونها لتمثالا للبيئة من أحجار وأزهار وتجنبان بذلك الخطر ،
والإنسان يشكل مع المجتمع ليحى نفسه من الاختلاف الخطير ، والنعامة تدفن
رأسها في الرمال ، والإنسان يستعمل ميكانيزم الإنكار ، والحيوان يمارس
العدوان ، والإنسان يمارس الاسقاط والعدوان لتخفيف التوتر ، وفي الحالتين
فإن الهدف واحد وهو : حياية الذات ، والحفاظ عليها من اعتداء الآخرين ،
وتجنب الألم والقلق ، ومن ثم المحافظة على بقاء النوع والوراثة كما هو .

٢ - الوسائل المعرفية : وهي الوسائل التي يدرك بها الإنسان بيئته وذاته ،
وهي تتشابه بين الإنسان والحيوان ولكن رقى نمو المخ والتفكير في الإنسان ،
جعلها حقوق مثيلتها في الحيوان بأضفاف الأضفاف ، وأريد هنا أن أميز بين
« المعرفة » و « البصيرة » ، فإننا أعنى بالمعرفة الإدراك العقلي السطحي دون
عق عاطفي حديسي ، وربما امتدت المعرفة إلى بعض طبقات النفس فيعرف

الإنسان دفاعاته أو «ميكانيزماته» مثلاً ويفهمها، ويعرف قدراته ويطبقها حسب ظروفه المتاحة ، ويصرف على بيئته وينشغلها ويتكيف معها، ولكنها غير البصيرة التي تشير إلى إحساس أعقق يجذور الكيان الإنساني، فالعرق قد يصحبها وقد لا يصحبها عمق اضغالي مناسب، ويتوقف نمو هذه الوسائل المعرفية على ظروف تكوين الفرد، وبجبال نموه، ومصادر الإعلام من حوله، واتساع دائرة ثقافته وإمكانيات مجتمعه، على أن كل إنسان يولد وعنده استعداد للعرق على قدر القرم المتاحة، فإذا ما انطلقت للعمل فلها تسام في الحفاظ على التوازن . . ومن ثم الصحة .

٣ - الوسائل الخلاقة (بالعمل المغير) : وهذه الوسائل تشمل القدرة على التخيل وعلى الخلق وعلى إعادة تنظيم الذات والمجتمع والحياة بصورة عامة، وهي قدرة إنسانية أساساً رغم وجودها عند أجدادنا عبر العصور، إلا أنها لم تصل إلى الوعي الإرادي كما وصلت عند الإنسان، والذي لم يعملها من أولاد عمومتنا لم يتطور، فالواقع « أن الحيوان لا يعمل بمعنى الكلمة، وإذا تحكم في نشاطه مجموعة من التنظيمات البيولوجية، فتراه ينسى إلى اشباع حاجاته العضوية كلما دعت الضرورة إلى ذلك » (زكريا إبراهيم)، ولذلك استمر حيواناً، وإنما الذي أعنيه هنا هو العمل الإنساني الذي لا يتصف به - عموماً - إلا الإنسان، والذي هو نتاج الإنسان وربما صانع الإنسان « إن التاريخ التالي المزعوم إن هو إلا عملية إنتاج للإنسان نفسه عن طريق العمل البشري » (ماركس) .

وهذه الوسائل الخلاقة بالعمل المغير تخدم التوازن أيضاً في أعلى صورته، وهي موجودة في الإنسان منذ الولادة .

فكأن هذا القرض يقول « إن الطفل الإنسان يحمل هذه الوسائل الثلاث بنسب متقاربة — تختلف حسب الوراثة طبعاً ، فهي ليست متساوية تماماً — ، وهى بهذا الترتيب السابق ذكره تمثل تاريخ تطور الإنسان بصفة عامة ، أما بالنسبة لنمو الفرد فإن الطفل فى طريقه نحو النضج يحاول تنمية كل منها حسب الظروف المتاحة من المجتمع بما فى ذلك طرق التربية والنظم السياسية والثقافية والاقتصادية ، التى ترجع فى النهاية إحداها على الأخرى .

الفرض الثانى :

يتم التوازن فى الإنسان الراشد فى أغلب الأحوال — وحسب درجة تطور المجتمع إنسانياً وحضارياً — بتنمية الوسائل الدفاعية على حساب القدرات الأخرى ، فخطى عليها ولكن لا تغطيها ، فيحصل أغلب الناس على التوازن بالوسائل الدفاعية أساساً .

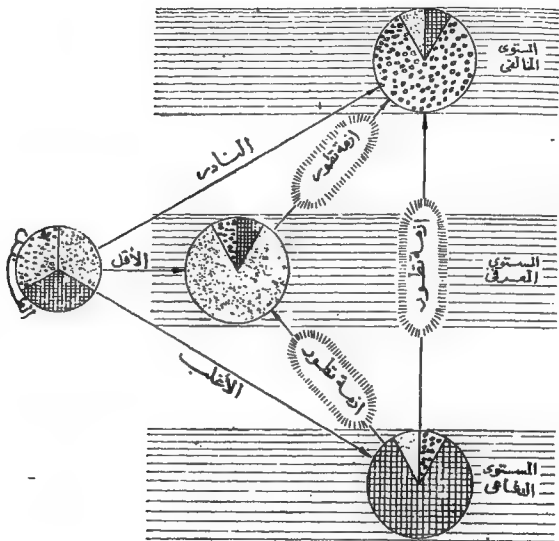
وفى نسبة أقل يتم التوازن بتنمية الوسائل المعرفية أساساً على حساب الوسائل الأخرى .

وفى نسبة نادرة يتم التوازن بالعمل الخلاق أساساً ثم بدرجة أقل بالوسائل الأخرى شكل (١) .

وبديهى — ولكنه تكرر لازم — أن الوسائل الدفاعية أقل تطوراً من الوسائل المعرفية ، التى هى أدنى بالتالى من الوسائل الخلاقية .

الفرض الثالث :

إن الانسان يتطور أثناء حياته كفرد ، وأن وصوله إلى مرحلة من التوازن بالجوء إلى وسيلة أدنى ، لا يعنى توقفه النهائى عند هذه المرحلة ، إذ أن



المثلث

المعرفة

الدفاع

شكرًا على هذه المراسل المتقدمة التواضع. امتحانات تطورها، ثم انشأها التطور هذا الانتقال من مستوى إلى آخر.

قدراته الأخرى التي لم يتح لها فرصة التدريب والموء قد تهدأ مؤقءا فى هءا المستوى الأدنى، ولسكنها قد تثار فى أى وقت فى تاريخ حياة الفرد نتيجة لواءء أو أكثر من العوامل التالية :

١ - أن قشل المرحلة الأدنى لفظء التوازن لأنها استنفءت أغراضها ، مثل أن يبلء فى الحياة من الأمان ما لا يءطلب الاستمرار فى الءفاع والمءوم ، فتصعب الحاجة إلى استعمال الوسائل الءفاعية (والمءوم من ضمن الءفاع) لا معنى لها وهءا ما قصءه بصير « استنفءت أغراضها » .

٢ - أن تثار القوى المرفيه أو الخلاءة أوها مما نتيجة لثيراء خارجية مثل مزىء من القافه فالرفى ، أو الاحتكاك الانسانى الأوسع فالقهم فالاحتجاج ، أو فترات الصءول المضارى القلاءة ، أو رؤىة الأمل فى الأحسن وأنه ممكن البءقيق ، أو غير ذلك من الثيراء لهذه القوى الكامنة .

٣ - أن تثار هءه القوى نتيجة لفقاء التوازن البيولوجى (بالمعنى المصوى فصب) فى فترات الصءول المرموى مثل فترة المراهقة أو من الياس ، أو نتيجة لأى اختلال عضوى آخر مثل المؤثرات المصوية الخارجية والءاخلية التى أءنب الاشارة إليها فى هءا البءء .

٤ - أن تثار هءه القوى تقائيا نتيجة لقوة ذاتية تمءءها فى الأغلب فى هءه الحالة العوامل الوراثية .

وعاءة ما يتم قشل المستوى الأدنى نتيجة لأكثر من عامل فى نفس الوقت ، فاذا اختل التوازن ، ظهرت الأعراض ، وفى نفس الوقت أثىرت وسائل جديدة لإعاءة التوازن ، ذلك لأن الوسائل الأدنى لم تء كافيه لبءقيق التوازن

بند هذه الإثارة أيا كان مصدرها - على أنه من أهم مثيرات مستوى معين من الصحة هو مخالطة نوعيته، فالمهجوم يثير الدفاع، والثقافة تثير المعرفة بالاستمتاع الفني يثير الإبداع الفني، وهكذا.

الفرض الرابع :

أن للصحة النفسية مستويات متتالية تقابل الوسائل التالية للحصول على التوازن، وأنه يمكن تمييز ثلاثة مستويات محددة دون إغفال المستويات المتوسطة بينها، وإنما نشرح كل مستوى بصفاته الكاملة نظريا حتى تتحدد الصورة بوضوح أولا، أما التوفيقات البيئية فيمكن استنتاجها بسهولة.

وعلى ذلك فانه يمكن أن يقال على أى فرد متوازن أنه صحيح ذهنيا مع تحديد نوع الصحة التي يتميز بها حسب الوسيلة التالية للحصول على التوازن.

وحقن نرف نوع الصحة التي يتميز بها فأنى سوف أستعمل نفس المقاييس التقليدية لقياس الصحة وتمييزها، وهى التكيف والرضا والعمل ولكن معانيها وترتيبها سوف تختلف اختلافا تاما من مستوى لآخر جدول (١)، كما يلى :

اولا - المستوى الدفاعي :

وفيه يمارس الانسان مظهر الحياة دون جومرها، ويستمر يدافع عن نفسه وبقائه وقومه الاجتماعية الثابتة أكثر مما يسعى إلى معرفة طبيعتها وإطلاق قدراته لتغييرها، وهذا المستوى يتصف به (ربما للأسف) أغلب الناس وخاصة فى المجتمعات البدائية والتقليدية والمتخلفة، ويتم التوازن بالدفاع والمهجوم معا، وتقاس الصحة النفسية بمدى نجاح السعى النفسى الذى يتمتع به الفرد، ويكون ترتيب المقاييس ومعناها كالتالى :

التكيف : ومعنى هنا التشكل حسب قوالب المجتمع ومجاراة القيم السائدة

على حساب أى شيء آخر ، فالإجابات التقليدية جاهزة لكل سؤال ، وثبتت الواقع أمام من كل اهتزاز .

العمل : ويتجه أساسا لإرضاء الترائز وحفظ النوع (لا تطويره) ، فالإنسان هنا يعمل للحصول على لقمة العيش والمركز أساساً ، ثم لاقتناء ممتلكات رمزية تميز وجوده وتبرره وتساعد في نفس الوقت في مجال العمى النفسى لتحقيق التوازن .

الرضا : ويتم أساسا بتجنب الألم والقلق والارتواء من اللذة الحسية . وأود أن أشير إلى معنى الترتيب في هذه المرحلة من البحث ، إذ أنه لا يمكن فصل مقياس عن الآخر ، وإنما وضعت الترتيب على أساس أنه إذا تعارض اثنان فرضاً فأيهما يرجح ؟ ووضعت الراجح في ترتيب سابق ، فشلا إذا تعارض التكيف مع الرضا (وهما لا يمارضان عادة لأنها يخدمان نفس الهدف النفسى للمرحلة ولكن التذبذبات محتملة) فإن الفرد لا بد أن يتنازل عن الرضا مؤقتا ليتشكل مع النظام السائد الذى سيحقق له الرضا أخيراً بشكل أدنى ما دام قد قبل هذا المستوى من الصحة ، فهذا الترتيب لا وجود له في الواقع إذا كانت المعاني مطابقة تماماً للمرحلة ، كما أن هذا الترتيب يشير إلى « المقياس » وليس إلى « القيمة المطلقة » فالصحة هنا تقاس بالتكيف أولاً فالإنسان في هذا المستوى من الصحة « مثله مثل الجميع يكسب لقمة العيش ، ويقضى من الأشياء أكثر ما يمكنه ويلاً بطنه وتلذذ حواسه ، وينام ، وتنتهى آماله في الأغلب عند الستراو الممتلكات الرمزية »

واحسب أن أؤكد أن هذا المستوى مستوى مشروع من الصحة ، يتمتع به الأغلبية ، لذلك لا ينبغي أن ينقص توازن الفرد عند هذا المستوى من حقه

في الحياة الآمنة ما دامت قدراته وإمكانات مجتمعه لم تسمح له بنير هذا المستوى ، ولعل هذا المستوى هو ما أشار إليه لامبو Lambo في مناقشته للصحة النفسية في المجتمعات النامية قائلا « إن مفهوم التقبل والتلازم الاجتماعي هو أكبر علامة لتقوم الصحة النفسية في المجتمعات التقليدية » .

ثم إن الإنسان في تطوره يحتاج إلى الكم الذي منه يخرج الكيف ، واحترام الكم الذي يمثل هذا المستوى إنما يعني أمرين : الأمر الأول أن هدف الطب النفسي هو تحقيق التوازن على قدر ما تسمح الظروف، وليس اتهام الناس بالمرض وإثارتهم دون إمكانات مناسبة ، والثاني أن الإنسان على هذا المستوى قد يتطور في أى وقت أو قد ينتجب من الأطفال من يحمل بذور التطور وتسمح له ظروفه باطلاقها في أمان أكبر ، وهذا يكون قد أدى وظيفته التطورية بطريق غير مباشر .

ثانيا : المستوى للعز :

وهنا يعرف الإنسان أكثر ، فيدرك كثيرا من دوافعه وغرائزه كما يدرك القيم الاجتماعية من حوله ، ويتقبل هذا وذاك فيحصل بذلك على التوازن ، وبهذه الرؤية الواضحة قد لا يحتاج إلى كثير من الحيل الدفاعية إذا اعتبرنا أن المعرفة في بعض صورها دفاع ضد البصيرة الأعرق ، وهو يصل إلى درجة من الراحة والتلازم لا تثير قدراته الخالقة للعمل الجديد والتغيير فيكون هدفه أساسا في هذه المرحلة هو الراحة واللذة والممدوء ، وربما القراءة أو المناقشة العقلية ، ويصل الفرد إلى هذا المستوى من التوازن بالمعرفة وربما بالاستبصار الذاتي عن طريق معلم أو كتاب أو صديق أو محلل أو طبيب ، وكما سبق أن ذكرنا (وهو مبين بالشكل التوضيحي شكل (١)) أن التوازن عند هذا المستوى

لا يخلو من وسائل دفاعية أو ممارسة بعض النشاطات الخلاقية (ولكنه ليس نشاطا بالضرورة للتخفيف، رغم أصالته) وتكون المقاييس حسب أهميتها القياسية مرتبة بشكل خاص كما تحتفظ، معانيها عن بقية المستويات كالتالى :

الرضا : وهو هنا المقياس الأساسى ، ويميز بقبول الذات واحترام الصراع، ويتم بتحويل الألم لا بتجاهله تماما مثل المستوى الدفاعى ، وينفس الفرد عن القلق بالتفريج والترويح والنهم ، ويحصل على اللذة العقلية بالمعرفة ، بالإضافة إلى الافراج عن اللذة الحسية والتمتع بها .

التكيف : ويشمل هنا التكيف مع داخل النفس والواقع الخارجى معا نتيجة للمعرفة بطبيعة ما يجرى فى الداخل والخارج على المستوى العقلى ، ولا يتعدى مجال التكيف المجتمع القريب فى الأسرة والأصدقاء والصل ، وقد يتحدث عن الحالات الأوسع للإنسان إلا أن ذلك لا يكون تكيفا معها بقدر ما هو فهم لما أو مناقشة لظروفها ، ومهما ظهرت كلمات التخفيف فى الحديث فإنها تنفرد إلى العمق الخلقى ، وتكون أقرب إلى التفسير والتبرير .

العمل : وهنا يتعدى مفهوم العمل مستوى كسب العيش واقتناء الأشياء وإرضاء الدوافع الترفيهية إلى ممارسة بعض الهوايات التى تجلب اللذة والتسلية كذلك ، وتصيب وظيفة العمل هنا بعد تحقيق الدوافع الأولية ، إطلاق الطاقة للتمتع وتثبيت الذات ، ومن ثم الرضا والراحة والاستمتاع .

وهذا المستوى ربما يصف من يطلق عليهم للتحقون ، وعلى الرغم من أنه يعتبر أرق من سابقه وأقرب إلى الصفات الانسانية إلا أنه من الصعب اعتباره أو تصور أن غاية تطور الإنسان أن يكون فاعلا مرتاحا ، وإن كان هذا هدفا عظيما فى

حد ذاته حتى يرى بأن يكون غاية أمل القرد فلا ، إلا أنه لا يحمل إرادة التطور والتغيير ولكنه يخدم اتساع دائرة المعرفة الانسانية التي تخدم بدورها ولو بطريق غير مباشر شحذ البصيرة الانسانية ومن ثم الانطلاق إلى المرحلة التالية ، ويمكن وصف الانسان في هذا المستوى من الصحة بأنه « إنسان يتمتع بالراحة ، يعرف كيف يرضى نفسه ويسير من حوله ، ويقبل الوجود ويتمتع بالممكن ، يمارس عمله وبعض هواياته » .

ولكن هذا المستوى مثل سابقه ، إذا استفند أغراضه ، أو ثارت قوى التطور عليه (تلقائيا أو نتيجة مؤثرات كما سبق) فإنه لا يمد كافيا لحفظ التوازن .

النتيجة : المستوى الخلاقى (الانسانى)

وقد وضعت الانسانى بين قوسين حتى لا أبقى صفة الانسان عن المستويات السابقة ، لأن هذا المستوى وإن وصف الانسان كإينى أن يكون ، إلا أنه لا ينطبق إلا على ندرة من الناس في المرحلة الحالية لتطور الإنسان ، ونظراً لأن الطبيب النفسى يعالج كل البشر فعليه أن يحترم مراحل تطور كل البشر ، وبذلك تتجنب ما أخذناه على بعض التعريفات حين قصرت معنى الصحة على هذا المستوى فحسب .

على أن هذا المستوى هو غاية تطور الانسان « كنوع » والانسان « كفرد » لأنه إذا امتد معنى التكيف إلى اهتمام الانسان بوجوده زمانيا كمرحلة من النوع البشرى تصل الماضى بالمستقبل ، ومكانيا كفرد من البشر في كل مكان ، وأصبحت راحته وصحته لا تتحقق إلا بأن يساهم طويلا في التطور وعرضيا في مشاركة الناس آلامهم ومحاولة حلها بالتغيير والعمل الخلاق ، ولم

المستوى المعنى	المستوى اللغوي	المستوى البلاغي	المستوى المعنى	
			ترتيب المعاني	القياس الأول
العمل : وتميز بالقدرة على التغيير : في حارسه الحيثيات و تربية طفل لما بدأ بعنف ، وبعد فظيول الانسان في كل زمان ومكان	الرمز : وتميز بالهم ، وتخویر الأمل قريع الفلق بواضهر على اللذة العقلية والحسية	التكيف : ومعنى التشكل مع الجميع وجاراة القيم السائدة كما هي		القياس الأول
الرمز : وضع هذا الشعور بالسعادة الاجتماعية وبالطريقة للسوية بهمة ، كما يشمل عبارة الفلق الكبير في لصالح الانسان	التكيف : ويشمل التكيف مع داخل النفس وقبول الواقع بما	العمل : ويضع أساسا لارضاء المواقف الأولية ، والاستغراق في اقتناء الميالكات الرزوية		القياس الثاني
التكيف : ويكون التلازم مع البيئة المباشرة بغير هام أو سكن ، كما أنه يمتد للجنس البشري كانه يشمل الانسان طول لا وعرضه	العمل : ويضع لارضاء المواقف الأولية ، وكذلك إطلاق الطاقة في ممارسة الميالكات	الرمز : ويصف بجيب الأمل والحصول على اللذة الحسية		القياس الأخير

جدول (1) بين مقاييس الصحة ومما بها التفرقة ، وترقيتها التغيير ، حسب كل مستوى .

يحل كل ذلك بحياته اليومية، ولم ينقص من قدرته على كسب عيشه مثلاً أو تكوين أسرة ورعايتها، فإنه يكون قد حقق إنسانيته وتوازنه على أرقى مستوى معروف للصحة النفسية، والحياة.

ويكون ترتيب المقاييس في هذا المستوى حسب أهميتها كالتالى :

العمل : وهنا يصبح العمل أساسيا لا غنى عنه لتحقيق التوازن ومن ثم الصحة النفسية، والعمل الذى يؤدي هذا الغرض هو « العمل للنير » أو الخلاق ولا أخص به هنا نوعا خاصا من الأبداع الفنى (إلا أن هذا يدخل في بعض الأحيان ضمن هذا المستوى) وإنما أخص به أى عمل فيه تمييز للواقع لصالح الإنسان وخلق الجديد، وهذا الجديد ابتداءً هو نوع الحياة التى يحياها الفرد وكأنه يخلق نفسه من جديد، ومنه أن يطلق قدرة طفله وبنى حرية الخلق لديه، وهو بذلك يتعدى مجرد كسب العيش أو ممارسة هواية، ولكنه لا يمتد على حساب هذا أو ذلك. من هذا يتضح أنى لم أعم أنه لابد للإنسان من خلق عمل فنى حتى يتصف بالتوازن على هذا المستوى، بل إنه ليس ضروريا أن من يخلق عملا فنيا يكون قد حقق صحته النفسية في هذا المستوى، إلا أثناء عملية الأبداع فقط (كما سبقت ذكره). فالقصد هنا أن الوجود الإنسانى الإيجابى والمساهمة فى الاستمرار كحلقة متغيرة فى سلسلة التطور، هو خلق جديد ذاتى، فتكون الحياة ذاتها فناً أصيلا، ولا يكون الفرق بديلا عن الحياة، لأن مجرد تمييز نوع الفرد يحمل الأصالة اللازمة لاستمرار سلسلة التطور.

الرفقة : ومعنى هنا السعادة الاجتماعية التى تصاحب « العمل للنير » أو الخلاق، ويشمل الشعور بالحرية والمسئولية معا، وممارسة الخلق البناء لصالح النير، لأن الرضا يأتى عما يثيره الخلق من عمل يفوق به الإنسان على نفسه،

فلا يقتصر بذلك معناه على التمتع أو اللذة الحسية ، وإنما يعنى الشعور بالهاسق والانسجام مع الحياة والناس والوجود ، ولا يشترط لذلك درجة النشوة التي يصل إليها الصوفي أو الفنان أثناء تجربة الخلق ، فهذه حالة مؤقتة ، ولكنها على كل حال تحمل نوع هذه التجربة حيث تصدى السعادة الانسانية اللذة والراحة إلى النشوة والإحساس الإيجابي بالحياة والناس ، وقيمة الانسان ، وبأهمية المشاركة الانسانية لتحقيق هذه النشوة .

التكيف : ويصبح معناه التلاؤم مع الجنس البشرى كله في المكان والزمان ، فلا يقتصر على المجال القريب للتصلين بالفرد ، ولكنه يتم في هذا المجال كخطوة أولى نحو مجال أشمل ، وكثيرا ما يضطرب هذا المقياس مع ما يقام ، ولكن الصحيح المتوازن نفسيا فلا هو الذي يملك القدرة على إعادة تنظيم نفسه ويثبتته القريبة بحيث تتفق مع قدرات خلقه وتحقق سعادته التي ينشدها في وسط الناس وبهم ، وإلا فإنه بمقياس الصحة النفسية يصبح توازنه ناقصا ، ويبدو أنه لا بد أن يملك الفرد القدرة على قبول تنازلات مرحلية دون أن تمس توازنه الأصلي أو قدرته على السبل الخلاق ، بل تساعد على استمراره وتوازنه على المدى الطويل .

الفرض الخامس :

إن الانسان إذ ينتقل من مستوى أدنى للصحة النفسية إلى مستوى أعلى (للأسباب التي ذكرتها ص ٢٠٣) تظهر عليه أعراض غير عادية قيل أن يستعيد توازنه على المستوى الأعلى ، وينبئ أن تساوى بين هذه الأعراض وأعراض التدهور المرضي ، بل يستحسن ألا نطلق عليها اسم المرض أصلا ، وأقترح اسما جديدا لهذه المرحلة من قدام التوازن هو « أزمة تطور » Evolutionary Crisis ، فيقتصر اسم المرض على فشل هذه الأزمة في أن تتحقق أعراضها التطورية ،

إذ تستقر الأزمة بدرجة معجزة أو تنهار القوى المتطورة فيظهر المرض في صورته شبه المستقرة يحقق التوازن ولكن في مستوى أدنى من الحياة ، لأن التوازن المرضي قد يتم بديلا عن المستوى الأعلى للصحة ويكون مقابلا لهذا المستوى الأعلى ، وكأنه يحقق نفس الهدف ولكن بطريقة معقدة تخضع للتدهور لا التطور . (شكل ٢) .

على أن هناك احتمالا آخر وهو أن ترتد هذه الأزمة إلى المستوى السابق للصحة النفسية ، أو أدنى منه ، وإن بدا مشابها له من الظاهر ، لأن هذه الفروق البسيطة لا تظهر إلا بالمقاييس الانسانية الدقيقة وليس بمجرد اختفاء الأزمة .

المرض السلبي :

يمكن تقسيم الأمراض النفسية (شكل ٢) - فيما هو ليس أزمة تطور - إلى مستويات مقابلة لمستويات الصحة ، هي مستويات التدهور حين يشل التطور .

فوضع الأمراض العصائية التي تستخدم فيها الوسائل الدفاعية بدرجة معجزة تزيد من الوعي النفسي حتى تسمى أعراضا ، توضع هذه الأمراض في المستوى المقابل للمستوى الدفاعي للصحة ، وتشتمل هما الوسائل الدفاعية لتجنب الألم أيضا ، ولكنها تزيد إلى درجة مرضية لتخطي احتمال رؤية أعمق أو أصدق ، فإن الوعي النفسي هنا يكون دافعا ضد التهديد بدرجة أكبر من الرؤية ، والأمثلة في هذا المستوى كثيرة ربما أشهرها المستريا .

وتوضع الأمراض التي تحدث فيها المرة بلا فاعلية ولا بناء ، في المستوى المقابل للمستوى العرفي للصحة ، وهنا تزيد الرؤية أيضا ولكنها لا تخضع للتوازن ،

وبزبد الألم ولكنه يقتصر على الصبغ والتعويق ، ويقضى على الهدوء والرضا ،
وتتمثل العلاقة بالآخرين وتقلد الحياة منها الحالى بلا بديل أرق ، والأمثلة في هذا
الستوى هي : مرض الاكتئاب بدرجاته ومرض القلق .

وأخيرا فإن الأمراض التي تقابل المستوى الخلقى للصحة هي أمراض تحقق
الخلق ولكن على مستوى مرضي لا يتقدم التطور ، بل هو نهاية التدهور ، يسمح
أنه خلق مبتكر ليس كمثل شيء ، ولكنه خلق في عالم الخيال والأوهام بلا هدف
بناء ولا تناسق متكامل ولا قدرة على التغيير ، وهو محاولة لتحقيق فكرة
الأهداف بأقصى الوسائل تحمليا ، والتوازن الذي يتم به يبدو على ظاهره الاستقرار
ولكنه استقرار في قاع الانسحاب والافترادية والكومس فرض القمصام هو
الخلق المرضي التدهور ،

الفرض السابع :

إن العلاج إذن يتطلب أن يتحدد ما إذا كانت الأعراض الموجودة تدل على
« أزمة تطور » أم هي علامات تدهور ، وهذه خطوة مبدئية وأساسية حتى لا يكون
الخلط بين المرض والثورة أو بين الخلق والجنون ، فإذا كانت الحالة أزمة تطور
فإن علاجها يتوقف على تحديد أين تقع هذه الأزمة بين مستويات الصحة المتتالية ،
وعلى قدر فهمنا لمستوى المرحلة السابقة من الصحة وأسباب فشلها
أو رفضها ، وعلى قدر قسيتها قوة القرد التطورية (وراثيا وشخصيا) وعلى قدر
حساباتها للإمكانيات المتاحة في بيئة القرد لاطلاق قدراته في ذلك الوقت من
حياته ... على قدر نجاحنا في تحديد نوع الأزمة ، وبالتالي مسيرة التطور
والمستوى الأنسب لمساعدة القرد للوصول إليه حتى ولو كان المستوى الأدنى ،
ولو مرحليا .

أما إذا كانت الأعراض قد استقرت على مستوى معين من التدهور - ويحدث هذا أساساً في المستوى المرضي الأول والثالث (الطاعى والخالى : شكل ٢) - فإن وظيفة العلاج قد تكون إثارة أزمة التطور تحت ظروف أفضل ، أو على الأقل تسكين الأعراض والمعودة إلى مستوى مناسب - وإن كان أدنى - من الصحة حسب الحسابات السابقة .

أما في المستوى المعرفى فإنه من الصعب تصور الاكتئاب أو القلق نهاية مرحلة ما ، مهما أزم ، فإن هناك دائماً احتمال الانتقال من المعرفة إلى البصيرة ، ومن ثم فإن العلاج في هذا المستوى يكون أقرب إلى المعاونة نحو تمام التطور ، لا مجرد التسكين .

وحين أقول العلاج أعنى تضافر كل أنواع العلاج المعروفة كيميائياً وكهربائياً ونفسياً وبيئياً مما لن أتأوله في هذا البحث مرحلياً ، إذ يحتاج إلى تفصيل ، يتبعض .

* * *

وبهذا تكون قد انتهت التروض الأساسية .

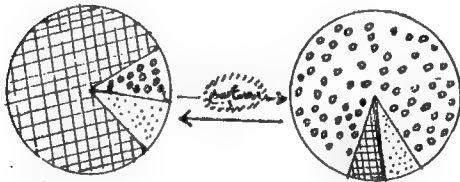
* * *

الحل الوسط :

على أنه لا يمكن تصور مستويات الصحة محددة ومنفصلة عن بعضها البعض هكذا بالقلم والسطرة ، فإن أى تناسب من الوسائل الثلاث قد يتم بنسب متفاوتة ويحقق التوازن عند الفرد حسب ظروف تطوره ، وكما ذكرت فإن هذه الصورة التى قدمتها عن المستويات المختلفة هى الصورة الكاملة - نظرياً - لكل مرحلة ، أما فى الواقع فإننا نجد درجات متنوعة من الخلط بين المستويات ، وإنما يتعدد نوع الصحة بنوع الوسائل التوازنية التالية فى كل وقت .
وهناك وضع متوسط آخر وإن كان غير مستقر أو متوازن بصفة دائمة ، إلا أنه .

قد يستمر لفترة طويلة حتى نحسبه حلا وسطا ، وهو أن يظل الفرد لمدة طويلة متذبذبا بين مستويين أو أكثر ، ترجح كفة هذا مرة ، وترجح كفة ذلك مرة ، أو يظل في أزمة تطور تستمر عدة سنوات وهذا ما يفسر ما أشار إليه ياسبرز من أن « الحالة الحادة » يمكن أن تستمر سنوات ، إلا أنها لا يمكن أن تدوم إلى الأبد فهي حالة قلقة مزعجة ، فإما أن ينطلق منها الانسان إلى المستوى الأعلى ويستمر ، أو أن يرجع إلى المستوى الأدنى أو أقل ، أو يلجأ إلى الحل المرضي بالتدهور .

كما أن هناك حلا ثالثا وهو أن يكون المستوى الأغلب للصحة هو أحد المستويات الأدنى ، ولكن الفرد يمارس نوعية المستوى الأعلى على فترات محددة ، وكأنه يفرغ شحنتها بإطلاقها وإتاحة الفرصة لقلبها ثم يعود للمستوى الأصلي العام للتوازن ، وأكثر ما نشاهد هذا التناوب عند بعض الفنانين والبدعين بصفة عامة الذين تنطلق قدراتهم الخلاقية أثناء عملية الإبداع فقط (شكل ٣) فيمشون



(شكل ٣) * يبين الانتقال من المستوى الداخلي إلى المستوى الخلقى لفترة محدودة .

• لاحظ أن إطلاقات الإبداع المؤقتة تقابل أزمة الشطوط .

• لاحظ أن المستويات الألف قد لا يستلزم أن يتحقق التوازن رغم كثافتها

نوعية الصحة على المستوى الخلقى حينذاك ، ثم يعودون إلى المستوى الأصلي للتوازن الذى قد يكون المستوى للمرقى أو الدفاعى أو خليطاً منها مما ، وتكون الأمراض السابقة مباشرة لعملية الإبداع هى أشبه ما تكون بأزمة تطور ولكن الفرق أنها تم لفترة محدودة أثناء عملية الإبداع ، فى حين أنها تطول إلى شهور أو سنوات فى التطور الفردى الذى قدمناه ، وبانتهاء عملية الإبداع مؤقتاً يسود التوازن على المستوى السابق التام ، وهذا قد يفسر اختلاف أحاسيس ونوعية الفنان أثناء الإبداع عن حالته بصفة عامة ، إذن فالإبداع القفئ ليس دائماً مرادفاً للتوازن على المستوى الخلقى كما سبق أن ذكرنا وإنما هو بهذه الصورة حل وسط مطلوب بين مستويين للصحة النفسية، وهذا هو الفرق الذى أوجعنا بين أن يكون الفن بديلاً عن الحياة أو أن يكون الفن هو الحياة ، ونتاجها بعض صوره ، ففى الحالة الأولى يمارس الانسان الفن كحل وسط يطلق به قدراته الفنية على فترات حتى لا تنضب اتجاهها تعطلها ، وفى الحالة الثانية تصبح الحياة ذاتها فناً ونتاجها الطبيعى هو الفن بصفة شبة دائمة .

على أن ذلك لا يعنى التقليل من أهمية الاحتياج القفئ مهما كان مستوى الصحة النفسية للفنان عامة ، فإن تاج الفن الأصيل يفصل عن حياة الفنان وذاته ويصبح من أهم للتيرات والمقومات التى توظف القدرات والوسائل الخلاقة عند المستمتع الذى يسعى بدوره إلى تحقيق مستوى أفضل - نتيجة لهذه الإثارة - من الصحة النفسية ، وهذه هى قيمة الفن فى الحياة .

وقد يحتاج كل ذلك إلى تطبيق وتحقيق - مثل سائر القروض - إلا أنى أوضحت كافة الاحتمالات حتى تكون الحلول الوسيطة واضحة وجاهرة للتطبيق كقروض مكنته .

صحة العقل والذات والروح - ١

إذا كانت مستويات الصحة التى قدمتها هى المستويات التى يستقر فيها

الشخص الراشد ، وقد ينتقل من أحدهما إلى الآخر في الظروف التي أشرت إليها ، فكيف يحقق الطفل والمراهق التوازن والتلاؤم . . وما هو نوع صحته ؟ ..

إذا رجعنا إلى تعريف الصحة بأنها توازن القوى النفسية للحصول على التوافق الداخلي والتلاؤم الخارجي في وقت معين ، وتذكرنا أن القرض الأول يقول أن الطفل يولد على استعداد أن تصل الوسائل المختلفة بنفس الدرجة للحصول على التوازن حتى تقلب إحداها على الأخرى في مرحلة الرشد ، فإننا نستنتج أن الصحة في أطوار النمو السابقة تعتمد على مدى عمل هذه القوى مجتمعة بدرجات متفاوتة ومتناوبة وكان التوازن إذ ذاك يكون أقرب ما يكون إلى الحلول الوسط التي أشرنا إليها حيث لا تقلب إحدى الوسائل على الأخرى بشكل ثابت قبل مرحلة النضج .

أما مظاهر المرض عند الأطفال فهي تحدث إذا تخلخلت سرعة النضج في غير تناسب مع إمكانيات التوازن . . فإنه لو أهملت ملكات الطفل الخلاقية لحساب نمو الوسائل الدفاعية فربما نشأت أعراض في شكل الإنكار المستمر والمهرب الكامل من كل مواجهة للواقع ، مثال ذلك أعراض المستيريا أو الأمراض العصائية الأخرى التي تبالغ في استعمال الوسائل الدفاعية حلاً للقلق .

كما أنه لو أطلقنا - في التربية - الفرصة لتنمية القدرات المعرفية على حساب الوسائل الأخرى فإن الطفل قد يهمل قدرات الخلق المبكرة ، أو قد يصاب بأعراض القلق أو الاكتئاب ، والأخير أقل احتمالاً في الأطفال .

وأخيراً فإنه لو طغت قوى الخلق التطورية دون إمكانيات تعبيرية مناسبة ودون دفاع كاف عن ذات الطفل الضعيفة - إذ لم تشكل بد بالصلابة الكافية لا لقلب الخلق مرضاً تدهورياً مثل القصام أو هو القصام ذاته .

.. إذا فصحت الطفل تعتمد على تناسب القوى الثلاث المستمر ونموها التدريجي حتى ترجع كافة إحداها على الأخرى في سن الرشد .

أما كيفية قياسها فهذا أمر نسبي إذ تختلف معاني مقاييس الصحة (التكيف والعسل والرضا) باختلاف مراحل النمو ، ولعل وصف إريك إريكسون Erick Erickson لمراحل النمو - رغم اختلافنا مع تفسيراته - هو أقرب ما يتصل بهذا التنوع في قدرات التوازن على مختلف المراحل .

العمل : قد يعني عند الطفل أو المراهق إطلاق الطاقة أو اللعب أو الاستذكار أو تدريب ممتلكاته الخلاقية أو كل ذلك معا ، حسب مرحلة تطوره .

والرضا : قد يعني تجنب الألم أو قبول الذات أو نشوة الإبداع والخلق أو كل ذلك أيضا .

والتكيف : قد يعني التشكل مع البيئة والمجتمع أو قبوله أو تمييزه . . وعادة ما يتم ذلك معا .

إلا أنه ينبغي الإشارة أن القروض التي قدمناها لا تؤكد أن المستويات الأدنى سابقة للمستويات الأعلى ، فهي لا تشير إلى أن الطفل يلجأ للدفاع أكثر من الخلق ، بل بالعكس فإنها تشير إلى أن الوسائل كلها تتقارب في أول الأمر ، ولا ترجع الأدنى أو الأعلى إلا بمرور الزمن ، وحسب ظروف المجتمع والإمكانات المتاحة ، فتسكن بعضها وترجع الأخرى ، ثم تثار الوسائل الكامنة في أزمنة التطور حسب ما ينشأ .

ملاحظات مختصرة :

لقد عدت من أول الأمر وأنا أقدم هذا المفهوم ألا تكون وظيفة مجرد بحث نظري لمشكلة تعريف الصحة النفسية ، ولكن كان الهدف أن تتمكن من استعمال مقاييس معينة ومحددة تقيس بها مستوى الصحة ، وأن يحتم هذا التقسيم فهم بعض الظواهر النفسية المرضية والصعبة على السواء ، وأن يساهم في فهم الأمراض النفسية ودرجاتها وكذلك اتجاهات العلاج والتخطيط له ، وأن يتيح فرصة أكبر للدراسات المقارنة ويلقي ضوءاً هادفاً على وسائل التربية .

وأقدم هنا بعض ما أتصوره من هذه التطبيقات - بالإضافة إلى ما أشرت له في مواقع متفرقة من هذا البحث - مدركاً تماماً أن هذه مجرد رموس موضوعات لإثارة التفكير في فاعلية هذه الفروض وجداولها .

وأوجز فيما يلي بعض هذه التطبيقات المحتملة وإن كان فيها بعض التكرار :

١ - في الدراسات المقارنة لتقييم الصحة والمرض يمكن أن يكون تحديد مستوى الصحة قبل الدراسة المقارنة عاملاً أساسياً في عدم الخلط ، بمعنى أنه لا يمكن مقارنة مظاهر الصحة عند المستوى الدماغي مع مظاهرها عند المستوى الحاطي مثلاً ، وإنما ينبغي أن تكون المعاني واحدة وعلى نفس المستوى لتكوين المقارنة علمية ، ولا تخفى أهمية ذلك في تقييم الصحة النفسية في فترات التحول التي تمر بها الدول النامية ، فن الهمديهي أن نوع الصحة الثالب في المجتمع الزراعي غيره في المجتمع الصناعي ، والحديث عن التفضيل بينها حديث لا مجال له أساساً ، إذ أن وجود الأعراض بشكل زائد في فترات التحول قد يكون علامة تطور للمجتمع ذاته وليس تدهوراً للصحة .

٢ - إن التفرقة بين « أزمة التطور » وبين المرض الذي يقتصر على الهزيمة أمام قوى التدهور ، خليفة بأن توجه العلاج توجيهاً أساسياً منذ البداية (القرض السابع) إذ يتيح لنا القرض تقييم بعض الأعراض التي كانت تعتبر مضاعفات لبعض العلاجات الكيميائية قديماً جديداً ، إذ أنها يمكن أن تكون علامة صحة على طريق العودة إلى الأزمة السابقة على التدهور ، وهذا بالقهم الديناميكي لعمل الكيمياء ، فإن ظهور الاكتئاب مثلاً في مرض القصاص أثناء العلاج يمكن النظر إليه على أنه تقدم وليس مضاعفة ؛ حيث أن الاكتئاب من صفة الأزمة السابقة ، وبذلك نستغل وجود الأعراض الإيجابية في فهم وتطوير العلاج لتجنب الاستسلام للاستقرار المرضي السلبي ، والفتى يتيح لنا كل هذا التنته — بل بين

الستويات ، ومواجهة الأزمات الخطيرة بأمان نسبي هو التقدم في استعمال التقنيات النووية الحديثة ، حيث تزيد قدرة التحكم في مسيرة التطور . . . وبديى أن كل ذلك هو موضوع التطبيقات الإكلينيكية الجارية فعلا .

٣- إن بعض الملاحظات التي يثلب عليها مفاهيم التحليل النفسى (وخاصة التقليدى منها) قد تقتصر على المستوى المعرفى للصحة النفسية ، ورغم أنهم يطلقون على هذه المعرفة معنى البصيرة إلا أنه إذا اقتضت رؤية الإنسان على تفسير سلوكه باليول التريزية الجنسية (صريحة أو متسامية) ، فإن ذلك لا يهدى حدود المعرفة التي انضلت من عقل صاحب النظرية أو معتقها الى المريض ؛ مهما صاحب هذه المعرفة من قريح اضمالى وطرح ومقولة ، إذ لا يمكن التحليل النفسى أن يستخدم بطريقة مباشرة - وفعالة قضية التطور على المستوى الفردى وهو ينكرها إنكارا صريحا إذ يهزم مسار التطور الانسانى على نجاح خليق التماسل فى الاندماج ، ولا يفرق بالنسبة للتطور بين إنسان وحيوان ، أما عن القول بأن التحليل هو إطلاق القدرات فإن الذى يحدد أبعاد « النظرية » ليس فقط مفاهيمها النظرية وإنما تفاصيل أبعادها ، إذ أنه لا يمكن إطلاق قدرات لا وجود لها من وجهة نظرهم حيث القدرات التطورية للفرد ليست ذات بال فى نظر فرويد ، وما الثقافة والقرن عنده إلا تسمى بالتريزة الجنسية ، على أن النتائج التي يصل إليها بعض الرضى والتي تنطلق فيها القدرات التطورية فعلا بما يتخطى حدود النظرية ذاتها إنما تدل على أن الانسان إذ يصرح يتعدى الحدود ، وأولها حدود القهرم الأسمى لطبيعته ، وكأن مثل هذا المريض يثقى « بالرغم من العلاج وليس بسببه » أو كأنه يستعمل العلاج بطريقة الخاصة لجرد أنه إنسان متطور أساسا .

على أنى لا أؤرم فرويد بالذات رغم مآترك لنا من معوقات ، فقد كان دائم الاعتبار فى تواضع العلماء ، وذكاء أصحاب العرض - عن تصوره ، فهو الذى

ينضم كتابه القى تناول فيه مشكلة الموت والتطور « مافوق مبدأ الذة » مستشهدا بقول الحريرى فى مقامته الثالثة : « فليس على أعرج من حرج »

٤ - إن تقارب هذه الوسائل التوازنية منذ الولادة يعطى تفسيراً لوجود ملكات الخلق عند الطفل أكثر من الناضج ، كما أن ترجيح القوى الدفاعية على القوى الخلاقة للحصول على التوازن بالطريقة الدفاعية عند أغلب الراشدين يفسر كون هذه القوى الخلاقة عند معظم الناس فى سن اليقوع وبعده .

• - ينبغى - بناء على ذلك - أن تتجه الأساليب التربوية فى عصرنا الحاضر إلى عدم ترجيح مستوى من الصحة أدنى على حساب قدرات الإنسان التطورية ، لذلك كانت محاولة تنمية الفكر الخلاق والملكات الإبداعية هى من أم محاولات تطوير الإنسان ، لأنه إذا تحقق التوازن مباشرة وبطريقة آمنة وهادئة ومخططة بتنمية قدرات الخلق أساساً فإن هذا خليق أن يسمى الفرد - وخاصة ذا الطاقة التطورية القوية - من مشا كل تطورية تتعرض حياته فيما بعد ، حين يحاول فى تطوره التردى أن يرفض المستويات الأدنى التى فرضت عليه قسراً ، فيدخل فى أزلمات تطور متلاحقة ، لانظم مدى إمكانيات نجاحه فى الانطلاق منها إلى الخلق ، أو احتمال فشله ، ومن ثم التردى فى هوة المرض ، أو النكسة إلى مستوى أدنى ، وهذه الاحتمالات تكثر فى أقارب المرضى الذهانيين وأقارب المبدعين على السواء .

٦ - إن هذه الفروض قد تفسر العلاقة الوراثية وللشخصية بين مخطب أنواع المرض النفسى الوظيفى (وخاصة النحان الوظيفى) ، أى بين العصام وجنون المومس والأكتئاب ، وكذلك بينهما وبين الإبداع والخلق ، فهى تشير إلى أن الوراثة قد لا ترتبط بوراثه مرض معين بقدر ما هى وراثة كمّ مقلوب

من قوة التطور الدافعة ، وكذلك اتجاهات معينة للتحكم في هذه القدرة وتوجيهها ، وعلى قدر التفاعل بين هاتين الصفتين من ناحية ، وبين الامكانيات المتاحة في المجتمع لتطور الفرد من ناحية أخرى ، يتوقف نوع المستوى من المرض أو من الانطلاق الخلاق .

وقد يفسر هذا القرض ووراثة القصاص بوجه خاص حيث هو مرض خغليريولوجيا ، وشائع في نفس الوقت ، فإن القرض الذي أورده جوردن آلن Gordon Allen يشير إلى تفسير هذا التناقض بين « الشيوخ » و« الخطورة البيولوجية » بأنه : « من المحتمل أن يكون المرض الشائع نتيجة لمورث له في الأساس مفعول حسن ، وما المرض إلا نتاج جانبي By-product لهذا المورث : بالصدفة ، لمجرد سوء الحظ » ذلك الاحتمال يمكن النظر إليه من خلال هذا القرض الذي قدمناه متناقلين حكاية « سوء الحظ » مؤقفا ، فإذا اعتبرنا أن المورث الخاص بالقصاص هو مورث تطوري أساسا (القوة الدافعة التطورية) وأن مرض القصاص هو الناتج الجانبي لهذا المورث ، لسكان لزاما علينا أن نثبت هذا القرض بأن نجد ميزات تطورية خاصة في أقارب القصاصيين ، وقد حاول بوك Book أن يجد ميزة بيولوجية عضوية في مجتمع في شمال السويد ينتشر فيه مرض القصاص بنسبة أكثر من التعداد العادي (٣ /٠٠٠) بالمقارنة بالنسبة في التعداد العادي (٨٠٠ /٠٠٠) (ووجد أنهم فلا يتميزون بميزات عضوية لتقدم الظروف الطبيعية المحيطة ولكنها كانت ميزات أغلبها جسمية . وهذا التفسير هو نفس تفسير مقاومة أقارب الصايين بالانيميا الهلالية Sick cell anaemia للملاريا الغيثة .

إلا أن هذا القرض قد يتحقق أكثر إذا درسنا القوى الدافعة التطورية على أنها ميزة بيولوجية بالمعنى التطوري النفسى ، ودرسنا الوراثة في الشخصية شبه

القصامية وفي القصام معا من نفس العائلة ، وما يحققه شبه القصامى من ميزات تحصيلية (معرفية أساساً) أو من ميزات إبداعية ، وما يحاول تحقيقه القصامى نفسه من ميزات فنية خالقة قبل أن ينهار تحت وطأة المرض ، أو بعد أن يتصر على أزمة المرض . هذه الدراسات سوف تفتح آفاقاً هائلة وسوف تتجاهل موضوع الصدفة أو سوء الحظ في فرض آلن ، لأن علم تحسين النسل Eugenica لن يقتصر على إتاحة أكبر الوسائل للأسياء لأنجاب نسل أفضل معتبرين أن كل المرضى النفسيين من معوقات التطور ، وإنما سوف ينتشر إلى فهم قوة التطور على طريق الارتقاء الفردى والتحكم فيها على حساب المرض ، موجّهين هذه القوة إلى الخلق والإبداع ، واضعين في الاعتبار بالنسبة لتطور النوع حقيقة انتقال الصفات المكتسبة بالوراثة ، وبذلك نحقق آمال جالتون في علم تحسين النسل في . . . أن تحمل محل الانتقاء الطبيعى وسائل أكثر رحمة وليست أقل فاعلية » ولكن الجبال لتلك لن يكون بهذه النظرة الأوسع والأتمثل .

وفي ذلك ما يحقق فرض سويف (مصطفى) في « أن يكون منشأ البقرية ومنشأ الجنون . . واحداً » وينفى الارتباط السببى الذى افترضه كريتشمر بين الجنون والبقرية لأن الجنون بهذا المفهوم يصبح هوة التدهور في حين أن الخلق يمثل قوة التطور (شكل ٢)

٧ — وإذا كان الخلق فيه « إرادة ودافع وإطار ومجال » (سويف) فلا بأس من تصور أن في الجنون (القصام) « إرادة ودافعاً وإطاراً ومجالاً » وهذا ما افترضه برنارد شولمان وأثبت في تطبيقاته من أن القصام « ليس مجرد رد فعل وإنما هو فعل وقرار واختيار » ، وبالتالي تصبح الإيجابية في احترام الانسان للمريض والسليم هي الطريق إلى التطور والسلاج ما ، ومن ثم هي الصيغة

الأساسية في ممارسة الطب النفسى ، لأنه إذا كان المرض اختياريا في ظروف معينة تكون الصحة اختيارا حين تهيأ لها الظروف المناسبة ، فإذا عجزنا عن إتاحة فرصة تحقيق المستوى الخلقى للصحة النفسية أمام أزمة تطور فإننا بذلك ندفع بالإنسان التائر إلى المستوى الرضى المقابل أو المستوى الصحى الأدنى ، وقد كان وسيكون للتقدم السيكوفارماكولوجى أعظم التأثير فى التحكم فى مسار هذه القوى .

٨ - إن دراسة الحيوان منها قننت ، لا يمكن أن نسم أو تنطبق على الانسان ، وخاصة بالنسبة للذهان الوظيفى ، حيث أن مشكلة الانسان فيها يتلاق بالذهان الوظيفى مشكلة تطورية فى مرحلة لم يصل إليها الحيوان ، لذلك تصبح المقارنة مستحيلة ، ويصبح توقع النحان الوظيفى من نوع القصام أو جنون الموس والاكتئاب فى الحيوان مستحيلا ، وهذا ما أقره ياسبرز من أن أحدا لم يصف القصام أو جنون الموس والاكتئاب فى الحيوان لأنها أمراض خاصة بالانسان تماما .



ملامحة :

١ - إن الانسان كأن متطور كفرد ، كما أنه معطور كنوع ، وصحته النفسية تحوق على توازن القوى المسئولة عن التوافق والتلاؤم التى تختلف أثناء مراحل النمو ، كما تختلف من فرد لفرد ومن مجتمع لمجتمع . ويمكن وضع الصحة النفسية للراشد فى مستويات تصاعدية تبعا للقوى الصالبة المستخدمة للحفاظة على التوازن ، وهذه المستويات هى المستوى الدفاعى (أو العى النفسى للريح) والمستوى العرفى (أو الرؤية الراضية) والمستوى الخلقى (أو الحياة المتطورة) .

٢ - إن الانسان أثناء تطوره الفردى يستقر بعد أزمة البلوغ فى مستوى معين من الصحة ، فإذا ما فشل هذا المستوى أو ثارت قوة تطور الفرد - وعادة ما يحدث الاثنان مما أو يثير أحدهما الآخر - فإنه قد يحاول أن ينتقل إلى مستوى أعلى ، فتكون «أزمة التطور» التى إما أن تنجح فيرتقى ، أو تفشل فيقع صريحا للمرض ، وأن الأفراد يختلف بعضهم عن بعض من حيث كم ومشاكل هذه القوى التطورية (الوراثة) كما يختلف فرصهم من حيث أهداف هذه القوى ومسارها (البيئة) وأن الأمراض والعلاج والوقاية يمكن أن تسم وتحدد تبعا لتطبيقات هذا القرض .

آفاق جديدة :

وقد حاولت منذ ثلاث سنوات أن أضع هذه القروض محل اختبار ، وكانت النتائج الأولية مشجعة ، إلا أنها فتحت آفاقا أوسع فى الفهم التطورى للأمراض النفسية ، وخاصة باذخا لاهل العلاجات العضوية والفيزيائية مع العلاج النفسى والبيئى فى كل تطورى متناسق مما جعلنى أحجم عن تقسيم الأمراض النفسية على تلك المستويات المقترحة فى هذا البحث حيث وجدتها أقل مما يبنى ففهم مجاميع الأمراض وفهم تطور الانسان الفردى والنوعى بالتفصيل .

وقد كانت هذه الآفاق الجديدة التى مهدت لقروض أكثر تفصيلا بالنسبة للمرض النفسى وعلاجه ، هى أهم ما نتج عن التطبيق المبدئى للقروض التى وردت فى هذا البحث .

ولكننى اقتنعت - رغم الصعوبات المنهجية التى لم أتغلب عليها بعد - أنه يبنى تقديم المادة الإكلينيكية والملاحظات أولا قبل الإقدام على عرض نظرية تطويرية متكاملة لتقسيم الأمراض النفسية وأسبابها وعلاجها ولكن

ذلك قد يحتاج إلى وقت ليس بقصير ، وقد لا يتحقق بفرد أو عدة أفراد في
الذي التريب ، وهنا قد يصبح تقديم القرض حتى قبل تحقيقه ضرورة محتمة
لا مفر منها .

وكل ما أرجوه أخيرا أن يكون هذا القرض الذي قدمته خصبا حتى ولو
لم يكن صحيحا مصداقا لما قال حسين (محمد كامل) « .. وأقول القروض
الخصبة وليست القروض الصحيحة وإنما تقدر القروض المليية على قدر
خصوبتها وأعني بذلك قدرتها على فتح آفاق جديدة من البحث ، وعلى الإبحاء
بتجارب جديدة توحى بدورها فروضا خصبة أخرى حتى تتجلى الحقيقة . . »

* * *

شكر :

لم يكن ليخرج هذا الرأي في هذه الصورة دون مناقشات مستمرة أدت إلى
تعديله عدة مرات ؛ ولقي أحسن بذلك أنه ليس خاصا بي تماما ؛ لذلك فإني
أقدم شيئا من الدين على إذ أشكر الدكتورة الأصدقاء د. بيير برينقي ؛
ود. محمد شعلان ؛ ود. عمر شاهين ؛ ود. صلاح الدين إبراهيم ؛
والسيدة سعاد أبو العزم ؛ ود. زينب مرحان والسيدة ليلى حلمي ؛ والسيدة
فوزية داود ، والآلة يسرية أمين .

مراجع الملقح

REFERENCES

- 1 — Allen G. : Genetic Aspects of Mental Disorders, reprinted from : The Nature and Transmission of the Genetic and Cultural Characteristics of Human Population. Proceedings of the 1956 Annual Conference pp. 112-121. Milbank Memorial Fund, 40 Wall Street, N.Y. 5.
- 2 — Arasteh A.R. : Psychocultural Analysis and three Concepts of Mental Health. *Confinia Psychiatrica* Vol. 9, No. 1, 1966.
- 3 — Blatt, J. : An Attempt to Define Mental Health, *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 28, No. 2, 1964.
- 4 — B55k, J.A. : A Genetic and Neuropsychiatric Investigation of a North Swedish Population. *Acta Genet.* 4, 1-283 (1953). After Mayer Gross W., Slater E. and Ruth M. "Clinical Psychiatry," Cassel and Company Ltd., London, 1960.
- 5 — Brunetti P.M. : Contribution au Concept Ecologique de la Santé Mentale. *Social psychiatry* Ed. N. Petrilo-witsch and Flegel. Topical Problems in Psychiatry and Neurology, Vol. 8, Karger Basel, New York, 1969.
- 6 — Clegg, E.J. : The Study of Man. The English Universities Press Ltd., London, EC. 4, 1969.
- 7 — Dobzhansky T. and Allen G. : Does Natural Selection Continue to Operate in Modern Mankind : From the Smithsonian report for 1958, pp. 359-374. Publication 4362, Smithsonian Institute, Washington, 1959.
8. — Erickson E.H. : Growth and Crisis of the Healthy Personality. in "Personality" in Nature Society and Culture. Ed. by Clyde Kluckhonn and Henry A. Murray. New York, Alfred A. Knoff, 1965.
- 9 — Fuller J.L. : The Genetic Base Pathway Between Gene and Behavioural Characteristis. A paper in the

- Nature and Transmission of the Genetic and Cultural Characteristics of Human Population, p. 101. N.Y., bank Memorial Fund, 1957.
- 10 — Gillis, L.S. : Who is Mentally Healthy, South Africa Medical Journal, Vol. 35, No. 8, Dec, 35, Cape Town (Feb.) 1961.
 - 11 — Jahoda, Marie : Current Concepts of Positive Mental Health : Basic Books, N.Y., 1958.
 - 12 — Jaspers K. : General Psychopathology. Translated by Hoenig J. and Hamilton Marian W. Manchester University Press, 1962.
 - 13 — Kretschmer, E. : The Psychology of the Men of Genius, translated by R.B. Cattell, London, Kegan Paul, 1933.
 - 14 — Lambo, T.A. : The Concept and Practice of Mental Health in African Cultures. East African Medical Journal, Vol. 37, No. 6, 1960.
 - 15 — Lemkau P.V. : Mental Hygiene in Public Health, McGraw-Hill Book Company Inc., New York, 1955.
 - 16 — Maslow A.H. : Motivation and Personality, New York, Harper Harper, 1954.
 - 17 — Meninger C., Mayman M., Pruyser, P. : Mental Illness Vital Balance or Myth. quoted from Bulletin of the Meninger Clinic, Vol. 28, pp. 145-58, 1964.
 - 18 — Rakhawy, Y., Shaheen O. and Soliman R. . Sick Absence as an Index of Mental Health in an Industrial Society in U.A.R. The Egyptian Journal of Mental Health, Vol. 12, No. 7, (Annual No.) 1971.
 - 19 — Ruth Bendict : Patterns of Culture, Boston, Houghton Mifflin, 1934.
 - 20 — Rawnsly K. and Laudon J.B. : Factors Influencing the Referral of Patients to Psychiatry by General Practitioners. Brit. Journal of Preventive and Social Medicine, Vol. 16, No. 4, Oct. 1962.

- 21 — Shulman H.B. : Essays in Schizophrenia. William and Wilkins Co., Baltimore, 1968.
- 22 — Tucker D.K. and Harding le Riche W. : Mental Health. The Search for a Definition. Canad. Med. Assoc. J., Vol. 90, 1964.
- 23 — Wegrocki H.J. : Critique of Cultural and Statistical Concepts of Abnormality in Personality in Nature, Society and Culture. Ed. by Clyde Clushhorn, Henry A. Murray and D. Schneider, New York, Alfred A. Knoff, 1965.
- 24 — Whithead, A.N. : The Function of Reason. (Paper back Edition), Boston Beacon Press, 1958.
- ٢٥ — إبراهيم (زكريا) مشكلة الإنسان : مكتبة مصر : القاهرة .
- ٢٦ — حسين (محمد كامل) متنوعات : « البحث العلمى » مكتبة النهضة المصرية . القاهرة .
- ٢٧ -- سويف (مصطفى) الأسس النفسية للإبداع الفنى (فى الشعر خاصة) القاهرة دار المعارف ١٩٥٩ -
- ٢٨ -- سويف (مصطفى) تنمية الفكر الخلاق : المجلد يناير ١٩٦٧ : (٢٥ - ٤٦)
- ٢٩ -- فرويد (سيجمون) ما فوق مبدأ اللذة - ترجمة امحق رمزى - دار المعارف مصر ١٩٦٦ .

محتويات الكتاب

الصفحة

مقدمة ٧

الفصل الاول .

حيرة بين الصحة والمرض ١٥

من هو السليم ومن المريض تقنيا - للرض السرى المشروع -
بين ثورة الشباب . . وتقبل الأطباء - حين تصبح الاهتزازة
نبضة - للرض مقياس نفسه .. ولكن - القضية - لست
من العلماء - توارد الخواطر - حقائق أساسية - الرؤية ومداهها
- كلهم أصحاء - معاني الألفاظ .

الفصل الثاني .

الوشم بالتشخيص ٤٧

الحالات البين بين - أنا عندى ليه ياد كنور ؟ - الهاكة -
شد الطب النفسى - الطرق للساعدة والبديلة - فى الخارج -
الأساوية فى التشخيص - محاولة عملية - مشاكل عملية .

الفصل الثالث :

البحث العلمى ٦٥

الأمانة - صعوبات خاصة بالطب النفسى - الصدفة والإثبات -
البحث العلمى فى الممارسة الإكلينيكية - للعمل الشرطى -
الحيوان والإنسان - الألفاظ والشرح .

محتة

الفصل الرابع :

- ٨٩ في التعليم الطبي
الطب من الكتاب — الطب والفلسفة — الطب والفن —
التعديل من واقع الحال — تدريس الطب النفسى — المصلحة
للادية — أنا أمتحن فأنا موجود — صراع التطور .

الفصل الخامس :

- ١١٢ العلاج أولاً — .. والعلاج أخيراً
مصادر الخبرة — الرضى استاذى — أنا مرتاح كده —
فرويد : فى أسأله وقصوره ، وشجاعته وخوفه — العلاج النفسى
— محاورة مع سارجنت — العلاج بالكهرباء — متفرج أم
مساهم إيجابى — اضطراب تكيف أم اضطراب كيان — وزارة
التطور — أنا حر — العمل — القسوة — اختيار المرض .

الفصل السادس :

- ١٦٣ ولادة فكرة
ملاحق الكتاب :

مستويات الصحة النفسية على طريق التطور الفردى ١٨١

سہ رقم الإبداع بدار البکیت ۳۴۰۷ سنة ۱۹۷۲

مطبعة التقدم
۴۴ شارع المواردی
تلیفون : ۸۶۱۴۹۱

حيرة طبيب نفسي

منهاية وبداية

- هل يختار الطبيب النفسى ؟
- * فيم . ، وكيف ، ولماذا ؟
- ماهى الصحة النفسية ؟
- إلى متى الوشم بالتشخيص ؟
- هل عندنا بحث علمى ؟
- ماذا عن التعليم الطبي ؟
- والعلاج : النفسى ، والكهربى ، والكيمائى ؟
- والطبيب النفسى : مقترح أو مساهم لمجائى ؟
- هل يتطور الفرد أثناء حياته ؟
- وهل تطوره مرض ؟ أم طفرة ؟
- وكيف تصبح الحياة فنا ؟



دار الغد للثقافة والنشر

التاهرة ٤٧ شارع الفلكى